Stadtteile	Jahresbevölkerung 1905	Eheliche								
		Lebend-geborene			Tot-geborene			Zusammen		
		m.	w.	zus.	m	w.	zus.	m.	w.	zus.
Altstadt	23 300	288	232	**520**	12	5	**17**	300	237	**537**
Westliche Neustadt . .	97 000	53	64	**117**	1	1	**2**	54	65	**119**
Nördliche „ . .	7 400	58	54	**112**	3	1	**4**	61	55	**116**
Oestliche „ . .	14 100	124	109	**233**	6	4	**10**	130	113	**243**
Südwestl. Aussenstadt .	44 600	559	511	**1070**	18	12	**30**	577	523	**1100**
Westliche „ .	10 000	49	64	**113**	1	1	**2**	50	65	**115**
Nordwestl. „ .	15 800	82	79	**161**	2	4	**6**	84	83	**167**
Nördliche „ .	32 200	288	316	**604**	5	4	**9**	293	320	**613**
Nordöstliche „ .	45 600	578	608	**1186**	25	15	**40**	603	623	**1226**
Oestliche „ .	19 800	187	169	**356**	5	6	**11**	192	175	**367**
Bornheim	17 600	317	278	**595**	11	11	**22**	328	289	**617**
Inneres Sachsenhausen	11 800	168	166	**334**	6	8	**14**	174	174	**348**
Aeusseres „	32 400	375	344	**719**	15	7	**22**	390	351	**741**
Bockenheim	34 000	512	474	**986**	15	11	**26**	527	485	**1012**
Niederrad	9 800	181	185	**366**	8	6	**14**	189	191	**380**
Oberrad	8 800	158	141	**299**	4	2	**6**	162	143	**305**
Seckbach	3 100	33	39	**72**	—	—	—	33	39	**72**
Zusammen . .	340 000	4010	3833	**7843**	137	98	**235**	4147	3931	**8078**
Eltern auswärts wohn.		7	14	**21**	1	3	**4**	8	17	**25**
Ohne Wohnungsangabe		—	—	—	—	—	—	—	—	—
Ueberhaupt . .		4017	3847	**7864**	138	101	**239**	4155	3948	**810[illegible]**
Davon in Anstalten . .		227	210	**437**	26	21	**47**	253	231	**484**

Jahresbericht

des

Aerztlichen Vereins

zu

Frankfurt a. M.

1905.

München
Verlag von J. F. Lehmann
1908.

Jahresbericht

des

Aerztlichen Vereins

zu

Frankfurt a. M.

1905.

München
Verlag von J. F. Lehmann
1908.

Lehmann's medizinische Handatlanten
nebst kurzgefassten Lehrbüchern.

Bd. 1. **Atlas und Grundriss der Lehre vom Geburtsakt und der operativen Geburtshilfe.** In 155 teils vielfarbigen Abbild. Von Dr. O. Schäffer. 5. Aufl. geb. Mk. 8.—

„ 2. **Anatomischer Atlas der geburtshilflichen Diagnostik und Therapie.** Mit 160 meist farbigen Abb. und 318 Seiten Text. Von Dr. O. Schäffer. 2. Auflage. geb. Mk. 12.—.

„ 3. **Atlas und Grundriss der Gynäkologie.** Mit 207 meist farbigen Abbild. und 262 Seiten Text. Von Dr. O. Schäffer. 2. Auflage. Preis geb. Mk. 14.—.

„ 4. **Atlas und Grundriss der Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase.** Mit 42 farb. Tafeln und 39 Textabb. Von Dr. L. Grünwald. 2. Auflage. geb. Mk. 12—.

„ 5. **Atlas und Grundriss der Hautkrankheiten.** Mit 77 vielfarbigen Tafeln. Herausgegeben von Prof. Mracek. 2. Auflage. Preis eleg. geb. Mk. 16.—.

„ 6. **Atlas und Grundriss der Syphilis und der venerischen Krankheiten.** Mit 72 vielfarbigen Tafeln. Von Prof. Mracek. geb. Mk. 14.—.

„ 7. **Atlas und Grundriss der Ophthalmoskopie und ophthalmoskopischen Diagnostik.** Mit 149 farb. Abbildungen. Von Prof. Dr. O. Haab. 4. Auflage. geb. Mk. 10.—.

„ 8. **Atlas und Grundriss der traumatischen Frakturen und Luxationen.** Mit 68 farb. Tafeln und 195 Abb. im Text. Von Prof. Dr. Helferich. 6. Aufl. geb. Mk. 12.—.

„ 9. **Atlas des gesunden und kranken Nervensystems** nebst Abriss der Anatomie, Pathologie u. Therapie desselben. Von Prof. Ch. Jakob. Mit Vorrede von Prof. v. Strümpell. 2. Auflage. Preis Mk. 14.—.

„ 10. **Atlas und Grundriss der Bakteriologie und bakteriolog. Diagnostik.** Mit 790 farbigen Abb. Von Prof. K. B. Lehmann und Dr. R. O. Neumann. 4. Aufl. geb. Mk. 18.—.

„ 11/12. **Atlas und Grundriss der pathologischen Anatomie** in 120 farbigen Tafeln. Von Prof. Dr. O. Bollinger. 2 Bände. 2. Auflage. Preis geb. je Mk. 12.—.

„ 13. **Atlas und Grundriss der Verbandlehre.** Von Prof. Dr. A. Hoffa in Berlin. In 148 Tafeln. 3. Auflage. Preis eleg. geb. Mk. 8.—.

„ 14. **Atlas und Grundriss der Kehlkopfkrankheiten.** In 47 farb. Tafeln. Von Dr. L. Grünwald. 2. Auflage. Preis eleg. geb. Mk. 10.—.

„ 15. **Atlas und Grundriss der internen Medizin und klinischen Diagnostik.** In 68 farbigen Tafeln. Von Prof. Dr. Chr. Jakob. Preis eleg. geb. Mk. 10.—.

„ 16. **Atlas und Grundriss der chirurgischen Operationslehre.** Von Dr. O. Zuckerkandl. Mit 46 farb. Tafeln und 309 Textabb. 3. Auflage. geb. Mk. 12.—.

„ 17. **Atlas der gerichtlichen Medizin.** Von Prof. Dr. E. v. Hofmann in Wien. Mit 56 farb. Tafeln und 193 Textillustrationen. geb. Mk. 15.—.

„ 18. **Atlas und Grundriss der äusseren Erkrankungen des Auges.** Von Prof. Dr. O. Haab in Zürich. Mit 80 farb. und 7 schwarz. Abbildungen. 2. Aufl. geb. Mk. 10.—.

„ 19. **Atlas und Grundriss der Unfallheilkunde.** 40 farbige Tafeln, 141 Textabbildungen. Von Dr. Ed. Golebiewski in Berlin. geb. Mk. 15.—.

„ 20/21. **Atlas und Grundriss der pathologischen Histologie.** Spezieller Teil. 120 farbige Tafeln. Von Prof. Dr. H. Dürck. 2 Bände. geb. je Mk. 11.—.

„ 22. — — **Allgemeiner Teil.** Mit 77 farb. Tafeln. Von Prof. Dr. H. Dürck. geb. Mk. 20.—.

„ 23. **Atlas und Grundriss der orthopäd. Chirurgie.** Von Dr. A. Lüning und Dr. W. Schulthess. Mit 16 farbigen Tafeln und 366 Textabbildungen. geb. Mk 16.—.

„ 24. **Atlas und Grundriss der Ohrenheilkunde.** Herausgegeben von Dr. G. Brühl und Prof. Dr. A. Politzer. Mit 39 farb. Taf. und 99 Textabb. geb. Mk. 12.—.

„ 25. **Atlas und Grundriss der Unterleibsbrüche.** Von Professor Dr. G. Sultan in Göttingen. Mit 36 farbigen Tafeln und 83 Textabbildungen. geb. Mk. 10.—.

„ 26. **Atlas und Grundriss der Histologie und mikroskopischen Anatomie des Menschen.** Von Prof. Dr. J. Sobotta in Würzburg. Mit 80 farb. Taf. u. 68 Textabbildungen. geb. Mk. 20.—.

„ 27. **Atlas und Grundriss der Psychiatrie.** Von Privatdozent Dr. W. Weygandt. 43 Bogen Text, 24 farb. Taf., 276 Textabbildungen u. 1 Anstalten-Karte. geb. Mk. 16.—.

„ 28. **Atlas und Grundriss der gynäkolog. Operationslehre.** Von Privatdozent Dr. O. Schäffer. 42 farbige Tafeln und 21 zum Teil farbige Textabbildungen. geb. Mk. 12.—.

„ 29. **Atlas und Grundriss der Diagnostik und Therapie der Nervenkrankheiten** von Dr. W. Seiffer in Berlin. Mit 26 farbig. Taf. und 264 Textabb. geb. Mk. 12.—.

„ 30. **Lehrbuch und Atlas der Zahnheilkunde** mit Einschluss der Mundkrankheiten von Dr. Gust. Preiswerk. Mit 44 farbig. Taf. und 152 schwarzen Figuren. geb. Mk. 14.—.

„ 31. **Atlas und Grundriss der Lehre von den Augenoperationen** von Prof. Dr. O. Haab in Zürich. Mit 30 farbigen Tafeln und 154 schwarzen Abbildungen. geb. Mk. 10.—.

„ 32. **Atlas und Grundriss der Kinderheilkunde** von Privatdozent Dr. R. Hecker und Privatdozent Dr. J. Trumpp. Mit 48 farbigen Tafeln und 144 Abbildungen. geb. Mk. 16.—.

„ 33. **Lehrbuch und Atlas der zahnärztlichen Technik** von Dr. G. Preiswerk. Mit 21 vielfarb. Taf. u. 362 schwarzen u. farb. Abbild. geb. Mk. 14.—.

„ 34. **Atlas und Grundriss der allgemeinen Chirurgie** von Prof. Dr. Gg. Marwedel. Mit 28 farb. Tafeln und 171 Textabbild. geb. Mk. 12.—.

„ 35. **Atlas und Grundriss der Embryologie der Wirbeltiere und des Menschen** von Dr. A. Gurwitsch in St. Petersburg. Mit 143 vielfarb. Abbild. auf 59 Taf. und 86 schwarzen Textabb. geb. Mk. 12.—

„ 36. **Grundriss u. Atlas der speziellen Chirurgie.** Von Prof. Dr. G. Sultan in Berlin. Bd. I. Mit 40 vielf. Taf. und 218 zum Teil zwei- u. dreifarb. Textabbild. Text 27 Bogen 8°. geb. Mk. 16.—

„ 37. — — Bd. II. Erscheint im Winter 1907.

INHALT.

Erster Teil:

Zweiter Teil:

Dritter Teil:

Vierter Teil:

Fünfter Teil:

Vorbemerkung.

Zum ersten Male erscheinen im vorliegenden Jahresberichte die wissenschaftlichen Sitzungsberichte des Aerztlichen Vereins und zwar für die Zeit vom 1. Juli 1905 bis zum Jahresschluss. Als zweiter Teil geschäftliche Mitteilungen des Vereins und als dritter Teil der Bericht über die Verwaltung des Medizinalwesens, die Krankenanstalten und die öffentlichen Gesundheitsverhältnisse der Stadt Frankfurt a. M. Demgemäss ist der bisherige Titel geändert worden in „Jahresbericht des Aerztlichen Vereins zu Frankfurt a. M."

Von einer Mitteilung der meteorologischen Verhältnisse Frankfurts soll in Zukunft nach einem Beschluss der Redaktionskommission abgesehen werden.

Die Redaktionskommission
i. A.:
Dr. Alb. Koenig.

Nachtrag zum Jahrgang 1905.

Inhaltsverzeichnis des I. Teils.

a) Vorträge.

b) Krankenvorstellungen und Demonstrationen.

c) Geschäftliches.

Erster Teil.

Wissenschaftliche Sitzungsberichte des Aerztlichen Vereins.

Sonderdruck aus der Münchener medizinischen Wochenschrift.

Ordentliche Sitzung vom 2. Januar 1905.*)

Vorsitzender: Herr L. Rehn.
Schriftführer: Herr A. Nebel.

Der vorjährige Vorsitzende, Herr Pinner, übergibt den Vorsitz an Herrn L. Rehn, an Stelle des Herrn Seuffert tritt als Schriftführer Herr A. Nebel.

Der Vorsitzende dankt dem ausscheidenden Vorstande und betont bezüglich seines Programms die folgenden Punkte:

1. Alle geschäftlichen Angelegenheiten sollen nur in ausserordentlichen Sitzungen zur Verhandlung kommen,
2. er hat die Absicht, besondere Demonstrations-Sitzungen einzurichten,
3. er wird zu erreichen suchen, dass die Verhandlungen des Vereins veröffentlicht werden.

Herr **Liefmann: Demonstration pathol. anatomischer Präparate.**

Vortrag des Herrn **Treupel: Der Winter im Hochgebirge.**

Zur Diskussion sprechen die Herren L. Wolff, Th. Neubürger, Harbordt, Th. Schott, Kirberger.

Auf Antrag des Herrn Vohsen beschliesst der Verein die Einrichtung von Diskussionsabenden am ersten Samstag jedes Monats.

---

*) Am 26. Juni 1905 wurde die Veröffentlichung der Vereinsverhandlungen in der Münch. Med. Wochenschrift beschlossen, in welcher vom 1. Juli ab ausführliche Sitzungsberichte erschienen. Ueber den wesentlichen Inhalt der Sitzungen im Halbjahre Januar bis Juni 1905 ist in dem nachfolgenden Auszuge kurz berichtet.

Ausserordentliche Sitzung vom 9. Januar 1905.

Vorsitzender: Herr L. Rehn.
Schriftführer: Herr A. Nebel.

I. Vorschläge des Vorsitzenden bezüglich der Handhabung der Geschäftsordnung:

1. geschäftliche Angelegenheiten tunlichst nur in ausserordentlichen Sitzungen zur Besprechung zu bringen und die ordentlichen Sitzungen für die wissenschaftlichen Verhandlungen zu reservieren,

2. die Demonstrationen auf besondere Abende zu verlegen und an den Vortragsabenden in der Regel nur die Demonstrationen des Herrn Albrecht zuzulassen.

Diskussion: Die Herren K. Herxheimer, v. Wild, Edinger, Benario, Moritz Schmidt, Asch, Vohsen, Avellis, Günzburg.

Die Versammlung stimmt zu.

II. Antrag des Vorsitzenden auf Drucklegung der wissenschaftlichen Verhandlungen des Vereins.

Nach längerer Diskussion, an der sich ausser dem Vorsitzenden die Herren Edinger, Neisser, S. Auerbach, Vohsen, v. Wild, Günzburg, Buecheler und Eiermann beteiligen, erbittet und erhält der Vorsitzende die Zustimmung, über die Einzelheiten den Vorstand und den Fünferausschuss beraten und dem Verein bestimmte Vorschläge machen zu lassen.

Ordentliche Sitzung vom 16. Januar 1905.

Vorsitzender: Herr L. Rehn.
Schriftführer: Herr A. Nebel.

Herr **Laquer** erstattet den **Kassenbericht pro 1904.**

Herr **Rödiger** erstattet den **Bericht der Bibliothekskommission.**

Herr **Albrecht**: Demonstration **pathologisch-anatomischer Präparate.**

Herr S. **Auerbach** demonstriert ein 22jähriges Mädchen, bei dem vor 7 Wochen von Herrn Brodnitz ein 6 cm langes **Fibrosarkom** aus dem Zervikalteil des Rückenmarkskanals entfernt wurde.

Herr **Brodnitz** berichtet über den Verlauf der Operation.

Herr L. **Rehn** stellt einen durch Operation geheilten Fall von **traumatischer Porenzephalie** vor.

Herr **Drüner** berichtet über drei auf der chirurgischen Station des Städtischen Krankenhauses operierte Fälle von **subphrenischem Abszess.**

Ordentliche Sitzung vom 6. Februar 1905.
Vorsitzender: Herr L. Rehn.
Schriftführer. Herr A. Nebel.

Vortrag des Herrn **Albrecht**: **Zur pathologischen Anatomie des Pankreas-Diabetes.**

Vortrag des Herrn **Kohnstamm**: **Ueber chemische Reflexe in der Pankreas-Physiologie.**

Herr **Albrecht**: **Demonstration pathologisch-anatomischer Präparate.**

Herr **Kalberlah** stellt 2 Fälle von **homonymer bilateraler Hemianopsie** vor.

Ausserordentliche Sitzung vom 13. Februar 1905.

Vorsitzender: Herr L. Rehn.
Schriftführer: Herr A. Nebel.

Abstimmung über den Antrag des Vorsitzenden auf Veröffentlichung der wissenschaftlichen Verhandlungen des Vereins.

Herr Hirschberg hat den Zusatzantrag gestellt: statt der Worte im Antrag des Vorsitzenden „der wissenschaftlichen Verhandlungen" soll es heissen: „der Verhandlungen".

Nach langer Debatte, an der sich ausser den Antragstellern die Herren v. Wild, Fridberg, Vohsen, E. Cohn, Oehler, Sioli, Rosengart, Albrecht und Sippel beteiligen, werden beide Anträge mit grosser Majorität angenommen.

Eingabe des „Vereins Lichtluftbad Frankfurt a. M." betr. die Befürwortung der Errichtung eines städtischen Lichtluftbades durch den ärztlichen Verein.

Zur Diskussion sprechen die Herren Flesch, E. Hübner, Deutsch, E. Cohn, Bücheler, Benario und Siegel.

Auf eine Einladung seitens des Allg. Aerztlichen Vereins zu Köln zu einer Besprechung der Akademiefrage mit Vertretern der Vereine von Düsseldorf und Köln werden die Herren E. Cohn und A. Nebel delegiert.

Ordentliche Sitzung vom 20. Februar 1905.

Vorsitzender: Herr L. Rehn.
Schriftführer: Herr A. Nebel.

Herr **Albrecht**: **Pathologisch-anatomische Präparate.**

Herr **F. Straus** berichtet über 2 Heilungen durch die **Bottinitische Operation.**

Herr **J. Feuchtwanger**: Bericht über einen Fall von **Totalexstirpation des Uterus** und der Vagina bei primärem Karzinom der Vagina.

Bericht der Herren **Liefmann** und **Rosengart** über einen Fall von **Hyperglobulie mit Milztumor.**

Zur Diskussion sprechen die Herren Albrecht, Bücheler, Salomon, Kohnstamm, Benario, Baldes und Lehmann.

Herr **Bärwald**: 1) Fall von **Exenzephalie** mit Verwachsung der Plazenta mit dem Schädelrest.

2) **Kaiserschnitt bei eitriger Meningitis** im IX. Monat mit lebendem Kind.

Herr **Albrecht** berichtet über den Obduktionsbefund bei No. 2.

Herr **E. Cohn** berichtet über den Verlauf der gestrigen Konferenz in Köln (cf. Protokoll der Sitzung vom 13. Februar).

Es wurde daselbst folgender Antrag der ärztlichen Vereine Köln, Düsseldorf und Frankfurt a. M. an den Deutschen Aerztetag vorgeschlagen:

> „Der Aerztetag spricht sich dagegen aus, dass Akademieen ohne vorheriges Einverständnis mit der Aerzteschaft gegründet wurden, und dass weiterhin neue Akademieen errichtet werden, bis Endziele, Zweckmässigkeit und Erfolge der bestehenden feststehen."

Der Verein nimmt nach kurzer Debatte, an der sich die Herren Rosengart, Eiermann, Hirschberg und Vohsen beteiligen, den Antrag mit allen gegen 3 Stimmen an.

Ordentliche Sitzung vom 6. März 1905.

Vorsitzender: Herr L. Rehn.
Schriftführer: Herr A. Nebel.

Vortrag des Herrn **B. Baer**: **Aus der Praxis der Röntgenbehandlung.**

Diskussion: Die Herren K. Herxheimer, L. Rehn Günzburg, Heichelheim, Th. Schott und Albrecht.

Vortrag des Herrn **Treupel**: **Symptome und allgemeine Diagnose der Pankrearerkrankungen.**

Vortrag des Herrn **Siegel**: **Die chirurgische Behandlung der Pankreaserkrankungen.**

Herr **Albrecht**: **Demonstration pathologisch-anatomischer Präparate.**

Ausserordentliche Sitzung vom 13. März 1905.

Vorsitzender: Herr L. Rehn.
Schriftführer: Herr A. Nebel.

Ergänzungswahlen zum Standesausschuss.

An Stelle der satzungsgemäss ausscheidenden Mitglieder J. de Bary, Baerwald und Ebenau werden für die 3 Jahre 1. April 1905—1908 die Herren Daube, Hergenhahn und Ransohoff gewählt.

Fortsetzung der **Besprechung über die Veröffentlichung der Vereinsverhandlungen und über eine zweckentsprechende Aenderung des Jahresberichts.**

Die Vorbereitungen werden einer Kommission übertragen, welche bestehen soll aus den Herren Albrecht, S. Auerbach, E. Cohn, Ebenau, Edinger, Fridberg, A. Knoblauch, A. Koenig, A. Nebel, L. Rehn und Treupel.

Ordentliche Sitzung vom 20. März 1905.

Vorsitzender: Herr L. Rehn.
Schriftführer: Herr A. Nebel.

Herr **Albrecht**: **Demonstration pathol.-anatomischer Präparate.**

Herr **Noetzel** stellt einen Patienten vor mit geheilter komplizierter Schussverletzung der Milz und Lunge.

Herr **Treupel** und Herr **Albrecht**: **Ein eigenartiger Fall von parenchymatöser Nephritis.**

Herr **Lossen**: **Neue Methode der Plattfussbehandlung mit Saugluft und Pneumomassage.**

Vortrag des Herrn **Sticker** (als Gast): **Ueber transplantables Lymphosarkom des Hundes.**

Zur Diskussion: Herren Albrecht und Neisser.

Ordentliche Sitzung vom 3. April 1905.

Vorsitzender: Herr L. Rehn.
Schriftführer: Herr A. Nebel.

Vortrag des Herrn **G. Embden: Pankreas und Zuckerzerstörung.**

Herr **Albrecht: Demonstration pathologisch-anatomischer Präparate.**

Diskussion über die **gesamten Pankreas-Vorträge.**
(cf. Sitzungen vom 6. II. und 6. III.)

Es sprechen dazu die Herren: Albrecht, Mehler, H. Salomon, Heichelheim, Günzburg, Noetzel, L. Rehn, Harbordt, Th. Schott, Pinner, Hirschberg, Deutsch, Treupel.

Ordentliche Sitzung vom 17. April 1905.

Vorsitzender: Herr L. Rehn.
Schriftführer: Herr A. Nebel.

Auf Antrag des Herrn E. Cohn richtet der Aerztliche Verein an die Stadtverordneten-Versammlung die Bitte, die Beschlussfassung über die Ausgestaltung der medizinischen Anstalten um 14 Tage verschieben zu wollen.

Herr **Albrecht demonstriert unter erstmaliger Benützung** des von **Herrn Fritz Gans gestifteten Epidiaskops pathol.-anatomische Präparate.**

Herr **Pinner** stellt einen 9 jährigen Jungen vor, früheren „**Handgänger**", der durch Ausführung verschiedener plastischer Operationen an beiden Beinen in den Stand gesetzt ist, mit Hilfe von Krücken zu gehen.

Demonstrationen aus der Hautkranken-Abteilung des Städtischen Krankenhauses.

a) Herr **K. Herxheimer: Moulage von Granuloma pruriginosum, Stereogramm von Kratzpapeln mit Karzinom, Pat. mit gewuchertem Spätsyphilid.**

b) Herr **H. Hübner: Fälle von Lichen ruber planus, Lichen ruber acuminatus, Lichen scrophulosorum und Lichen syphiliticus.**

c) Herr **Hirsch: Fall von tumorartiger Hauttuberkulose.**

Herr **Emanuel** stellt ein Kind vor, das er nach der Methode von Hess von einer nach Exzision eines Angioms des oberen Lides zurückgebliebenen **Ptosis** geheilt hat.

Herr **Lossen** demonstriert:

1. Die **Pneumomassage am versteiften Handgelenk.**
2. **Resultat der Luftdruckbehandlung des versteiften Plattfusses.**

Ordentliche Sitzung vom 1. Mai 1905.

Vorsitzender: Herr E. Cohn.
Schriftführer: Herr Rosengart.

Herr Albrecht: **Demonstration pathologisch-anatomischer Präparate.**

Vortrag des Herrn **M. Neisser: Ueber die Bakterien der Hog-Cholera-Gruppe (Paratyphusbazillen etc.).**

Diskussion: Herren Rosengart, O. Marcus, Albrecht, Neisser.

Vortrag des Herrn **J. Friedländer: Ueber Luft- und Sonnenbäder.**

Diskussion: Herren A. Stern, Kohnstamm, Heichelheim, Vohsen, Günzburg, Lehmann, Klingelhoeffer, J. Friedländer.

Ordentliche Sitzung vom 15. Mai 1905.

Vorsitzender: Herr L. Rehn.
Schriftführer: Herr A. Nebel.

Demonstrationen:

Herr Albrecht: Pathologisch-anatomische Präparate.

Herr Amberger: Geheilter Fall von Stirnhirnabszess.

Diskussion: Herr L. Rehn.

Herr **Cuno**: Kind, bei dem durch Laparotomie ein grosses **Adenosarkom der Niere** entfernt wurde.

Diskussion: Herr L. Rehn.

Herr Drüner: **Apparat für stereoskopische Röntgenaufnahmen.**

Diskussion: Herren Hirschberg und Vohsen.

Ausserordentliche Sitzung vom 22. Mai 1905.

Vorsitzender: Herr L. Rehn.
Schriftführer: Herr A. Nebel.

Herr **Eiermann**: Referat über die **Tagesordnung des 33. Deutschen Aerztetages zu Strassburg** (23. u. 24. Juni 1905).

Zu a) Erhöhung des Mitgliederbeitrages zum Aerztevereins-Bund um M. 3.— pro Jahr. Dieselbe ist vom Verein bereits im vorigen Jahr im Prinzip beschlossen worden.

Zu c) Akademieen für praktische Medizin. Nach den wiederholten ausführlichen Verhandlungen im Verein erscheint ein weiteres Eingehen auf dieses Thema unnötig. Auf Antrag des Herrn E. Cohn wird beschlossen, sich einfach an die klaren, bereits gefassten Beschlüsse zu halten, die den Standpunkt der Frankfurter Aerzteschaft nach allen Richtungen deutlich erkennen lassen.

Zu f) Antrag des Aerztlichen Bezirksvereins München betr. Einsetzung einer Kommission zur Vorbereitung einer Denkschrift über die Ausgestaltung der ärztlichen Tätigkeit bei der geplanten Vereinfachung und Verschmelzung der Arbeiterversicherungs-Gesetzgebung.

Resolution: „Der Aerztliche Verein in Frankfurt a. M. erklärt sich mit dem Antrage des Aerztlichen Bezirksvereins München an den diesjährigen Aerztetag einverstanden und beschliesst, denselben zu unterstützen. Er fügt den Wunsch bei, dass bei der bevorstehenden Reform der Arbeiterversicherung nach Kräften die Beibehaltung der Selbstverwaltung der Kassen erstrebt werde, da diese Institution seiner Ansicht nach die geeignetste ist sowohl zur allgemeinen Einführung der freien Arztwahl, wie zur Erhaltung derselben da, wo sie bereits besteht, wie auch aus vielfachen sozial-politischen Gründen."

Wahl des Delegierten zum Aerztetag und des Stellvertreters.

Nach früherem Beschlusse des Aerztlichen Vereins soll aus finanziellen Gründen nur ein Delegierter entsandt werden. Die wirtschaftliche Kommission schlägt zur engeren Wahl die Herren E. Cohn und E. Hübner vor.

Gewählt wird als Delegierter Herr E. Cohn, als Stellvertreter Herr E. Hübner.

Auf Antrag des Herrn A. Stern wählt der Verein eine Kommission für Errichtung einer Sonnen- und Luftbadeanstalt in Frankfurt und ernennt zu Mitgliedern derselben die Herren Günzburg, E. Hübner, Feis, J. Friedländer und A. Stern.

Ordentliche Sitzung vom 5. Juni 1905.

Vorsitzender: Herr L. Rehn.
Schriftführer: Herr A. Nebel.

Herr K. **Herxheimer**: **Spirochaete-Befunde bei Syphilis** (mit Demonstration).

Diskussion: Herren Lehmann, Salomon, Ehrlich.

Vortrag des Herrn **Hirschberg: Heilung eines Hautepithelioms durch Sonnenbestrahlung. Ein Beitrag zum Kapitel der Winterkuren im Hochgebirge.**

Diskussion: Herren K. Herxheimer, L. Wolff, J. Friedländer, Deutsch, E. Hübner, Hainebach, L. Rehn.

Ordentliche Sitzung vom 19. Juni 1905.

Vorsitzender: Herr L. Rehn.
Schriftführer: Herr A. Nebel.

Herr K. Herxheimer: **Mikrophotogramme von Spirochaete pallida und Sp. refringens.**

Herr Albrecht: **Pathologisch-anatomische Präparate.**

Diskussion: Herren Benario und Flesch.

Demonstrationen aus der chirurgischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses.

Herr Nötzel: **Abszess in der Bauchhöhle (im Anschluss an ein Panaritium), der bei der Operation als Mesenterialdrüsenabszess erkannt wurde. Heilung.**

2 Eitrige Pyelits mit Nierensteinen (röntgenoskopisch nachgewiesen) nach alter Gonorrhöe und Striktur der Urethra. Heilung durch den Lumbalschnitt.

Diskussion: Herren L. Rehn, Albrecht, F. Strauss.

Herr **L. Rehn**: 1. **Spätoperation bei Appendizitis (3 Kotfisteln an der Flexur. Heilung durch Resektion).**

Diskussion: Herr Harbordt.

2. **Luxation der Symphyse.**

Ersatzwahl zum Standesausschuss.

Für den Rest der Amtsperiode des † Herrn Kirberger (bis 31. III. 1907) wurde Herr Oehler zum Mitglied des Standesausschusses gewählt.

Ausserordentliche Sitzung vom 26. Juni 1905.

Vorsitzender: Herr L. Rehn.
Schriftführer: Herr A. Nebel.

Tagesordnung:

Veröffentlichung der Vereinsverhandlungen und Aenderung des Jahresberichts.

Referent: Herr **A. Knoblauch**.

Herr **Knoblauch** berichtet zunächst über den bisherigen Gang der mit den Redaktionen der Berliner Klinischen Wochenschrift, Deutschen Medizinischen Wochenschrift und Münchener Medizinischen Wochenschrift geführten Verhandlungen und legt im Namen der Kommission (cf. Sitzung vom 13. März l. J.) dem Verein die nachfolgenden Anträge vor:

1. Der Vorstand wird ermächtigt, mit der Redaktion und Verlagsbuchhandlung der Münchener Medizinischen Wochenschrift in München beiliegenden Vertrag abzuschliessen (Anlage A.), nach dem der Verein vom Jahre 1905 ab seine Berichte der Münchener Medizinischen Wochenschrift in Verlag gibt.

Die Berichte erscheinen vom Jahre 1905 ab in Jahresbänden unter dem Titel: „Jahresbericht des Aerztlichen Vereins in Frankfurt a. M." und zerfallen in 3 Teile:

I. Sitzungsberichte des Aerztlichen Vereins
II. Geschäftliche Mitteilungen.
III. Jahresbericht über die Verwaltung des Medizinalwesens, die Krankenanstalten und die öffentlichen Gesundheitsverhältnisse der Stadt Frankfurt a. M.

3. Die seitherigen Einzelberichte der Krankenanstalten sind — zunächst versuchsweise — in verschiedene Uebersichtstabellen zusammenzuziehen, nämlich

a) Uebersicht über die in sämtlichen Frankfurter Krankenanstalten verpflegten Personen (Gesamtkrankenbewegung in den Hospitälern),

b) Uebersicht über die in den Allgemeinen Krankenanstalten verpflegten Personen, nach Krankheiten geordnet,

c) Uebersicht über die in den allgemeinen Krankenanstalten und chirurgischen Kliniken ausgeführten Operationen (Operationsstatistik),

d) Bericht über die Spezialheilanstalten (Entbindungsanstalten und Frauenkliniken, Heilanstalten für Nerven- und Geisteskranke, Augenheilanstalten, übrige Spezialanstalten),

e) Berichte über die Rekonvaleszentenanstalten.

4. Zur Feststellung der einzelnen, hiezu erforderlichen Tabellenschemata werden 6 Kommissionen gewählt, bestehend aus den Herren:

für Tabelle b: Herxheimer, Kirchheim, A. König, v. Noorden, Streng, Treupel;

für Tabelle c: Bockenheimer, Ebenau, Harbordt, Hirschberg, A. König, L. Rehn;

für Tabelle d und e: Kallmorgen, A. König, Sippel, Vömel, Zimmern,
A. Knoblauch, A. König, Sioli,
Carl, A. König, Schnaudigel,

den Leitern der übrigen Spezial- und Rekonvaleszentenanstalten, A. König, A. Knoblauch.

In sämtlichen Kommissionen führt der Vorsitzende der Redaktionskommission den Vorsitz.

5. Im übrigen wird die Redaktion des Jahresberichts einer Kommission übertragen, die sich aus 3 Mitgliedern zusammensetzt und zwar aus

a) dem jeweiligen I. Schriftführer des Vereins,

b) „ „ Stadtarzt,

c) einem von dem Verein auf 5 Jahre erwählten Mitgliede, das den Vorsitz in der Redaktionskommission führt (z. Z. Herrn A. Knoblauch).

6. Die Berichte über die Krankenanstalten sind von jetzt ab für das Kalenderjahr zu erstatten und spätestens bis zum 1. April eines jeden Jahres dem Vorsitzendem der Redaktionskommission einzureichen. Nicht zu diesem Termin einlaufende Berichte finden keine Aufnahme in den Jahresbericht.

Sämtliche Anträge werden einstimmig angenommen, ebenso die von dem Vorstand vorgeschlagenen Bestimmungen über die Zusammenstellung der Sitzungsberichte (Anlage B), die in Form eines gedruckten Zirkulars jedem Mitgliede zugestellt werden sollen.

Mit der Drucklegung der Sitzungsberichte soll am 1. Juli begonnen, aus den Verhandlungen im Halbjahre Januar Juni

ein nachträglicher kurzer Auszug im Jahresbericht zum Abdruck gebracht werden.

Herr E. Cohn berichtet über die Verhandlungen des 33. Deutschen Aerztetags zu Strassburg (23. und 24. Juni), dem er als Delegierter des Vereins beigewohnt hat.

Anlage A. **Vertrag.**

Zwischen dem Aerztlichen Verein in Frankfurt a. M. einerseits und der Redaktion und Verlagsbuchhandlung der Münch. Med. Wochenschr. in München andererseits ist heute nachstehender Vertrag vereinbart worden.

§ 1. Der ärztliche Verein in Frankfurt a. M. gibt der Münch. Med. Wochenschr. seine Berichte in Verlag. Dieselben erscheinen in Jahresbänden unter dem Titel „Jahresbericht des Aerztlichen Vereins in Frankfurt a. M." und zerfallen in drei Teile:

I. Sitzungsberichte des Aerztlichen Vereins,
II. Geschäftliche Mitteilungen
III. Jahresbericht über die Verwaltung des Medizinalwesens, die Krankenanstalten und die öffentlichen Gesundheitsverhältnisse der Stadt Frankfurt a. M.

Der „Jahresbericht" bildet die offizielle Publikation des Aerztlichen Vereins und wird von dessen Vorstand herausgegeben und redigiert.

§ 2. Der Vorstand des Aerztlichen Vereins übermittelt dem Redakteur der Münch. Med. Wochenschr. die für den Jahresbericht bestimmten Manuskripte und zwar die Sitzungsberichte unmittelbar nach Genehmigung des jeweiligen Protokolls, die Manuskripte des II. und III. Teils möglichst bald nach ihrem Einlauf, spätestens bis zum 1. Mai des dem Berichtsjahre folgenden Jahres. Die Redaktion sorgt für tunlichst prompten Abdruck der Manuskripte und Fertigstellung des ganzen „Jahresberichtes" innerhalb 6 Wochen nach Ablieferung des letzten Manuskriptes.

Von jedem Bogen erhält der Vorstand Korrektur sowie einen Aushängebogen.

§ 3. Der „Jahresbericht" erscheint in einer Auflage von mindestens 550 Exemplaren in guter Ausstattung (analog den Sitzungsberichten der Gesellschaft für Morphologie und Physiologie in München) mit Umschlag, Inhaltsverzeichnis und besonderem Titel versehen und geheftet.

§ 4. Der Aerztliche Verein gestattet dem Redakteur der Münch. Med. Wochenschr., sämtliches zur Veröffentlichung in der Wochenschrift geeignete Material aus seinem „Jahresbericht" vor dessen Erscheinen ohne weiteres Honorar zum Abdruck zu bringen; hierzu zählen nicht nur die Sitzungsberichte des Vereins, sondern auch sämtliche im „Jahresbericht" erscheinenden Originalartikel seiner Mitglieder.

Es wird hierdurch dem Redakteur der Münch. Med. Wochenschr. das Recht eingeräumt, die Auswahl dessen zu treffen, was aus dem Material des „Jahresberichtes" in der Wochenschrift erscheinen soll; doch erwartet der Verein, dass seine ausdrücklichen Wünsche

inbezug auf ausführliche Veröffentlichung einzelner, ihm besonders wichtig erscheinender Sitzungsberichte oder von Teilen solcher die Berücksichtigung der Redaktion finden werden.

Bei Aufnahme nicht im „Jahresbericht" erscheinender Originalartikel von Mitgliedern des Aerztlichen Vereins in die Münch. Med. Wochenschr. wird das übliche Honorar an die Autoren entrichtet.

§ 5. Die Münch. Med. Wochenschr. übernimmt die sämtlichen Herstellungskosten des „Jahresberichtes"; doch wird für dasjenige Material, das nicht in der Wochenschrift erscheint, dem Aerztlichen Verein, sofern der Neusatz mehr als ¼ des Gesamtinhaltes des „Jahresberichtes" beträgt, für das „Mehr" M. 40.— pro Bogen berechnet und für Tabellensatz ein Zuschlag von M. 2.50 für jede Seite in Ansatz gebracht. Die Münch. Med. Wochenschr. liefert überdies dem Verein 550 Exemplare des „Jahresberichtes" und jedem Autor auf Wunsch 25 Sonderabzüge seiner Beiträge gratis. Für weitere, über die Zahl von 550 hinaus zu liefernde Exemplare des „Jahresberichtes" wird pro Druckbogen 5 Pfg. (also z. B. bei einer Mehrauflage von 50 und einer Stärke des Bändchens von 14 Bogen Mk. 35.—) berechnet; weitere Sonderabzüge der einzelnen Beiträge werden den Autoren zum Herstellungspreise geliefert.

§ 6. Der Verleger der Münch. Med. Wochenschr. ist berechtigt, den ›Jahresbericht des Aerztlichen Vereins‹ auf eigenes Risiko in den Buchhandel zu bringen. Die Art des Versandes der zu liefernden 550 Exemplare des ›Jahresberichtes‹ bleibt besonderer Vereinbarung vorbehalten.

§ 7. Dieser Vertrag tritt am 1. Juli 1905 in Kraft und bleibt in Geltung bis zu seiner Kündigung, die mindestens ¼ Jahr vor Beginn eines neuen Jahrgangs, also spätestens am 30. September, zu erfolgen hat. Vor Lieferung des ersten Jahrgangs des ›Jahresberichtes‹ (über das Jahr 1905) ist jedoch eine Kündigung des Vertrages nicht zulässig.

München, / Frankfurt a. M., den 26. Juni 1905.

Redaktion und Verlag der
Münch. Med. Wochenschr.
gez. Dr. B. Spatz.
gez. J. F. Lehmann.

Im Auftrag des Aerztlichen Vereins:
gez. Prof. L. Rehn.

Anlage B.

Bestimmungen über die Zusammenstellung der Sitzungsberichte.

1. Die Vertretung des Vereins gegenüber der Redaktion der Münch. Med. Wochenschr. hat der Vorstand, der seinerseits eine aus dem Vorsitzenden der Redaktionskommission, dem Stadtarzt und dem I. Schriftführer bestehende Kommission mit der Zusammenstellung der Sitzungsberichte betraut.

2. Die Einreichung der Autoreferate geschieht an den I. Schriftführer.

3. Es wird empfohlen, dass die Herren Vortragenden am Vortragsabend dem Schriftführer ein vorher schon fertiggestelltes

kurzes Autoreferat über ihren Vortrag bezw. ihre Demonstration zustellen,

4. desgleichen, dass die Herren Diskussionsredner noch in der Sitzung selbst auf Formularen, die beim Schriftführer erhältlich sind, ihre Diskussionsbemerkungen niederschreiben und dem Schriftführer zustellen.

5. Ist innerhalb der nächsten 8 Tage ein Autoreferat nicht bei dem Schriftführer eingegangen, so ist es seinem Ermessen überlassen, eine Mitteilung im Sitzungsbericht nach seinen Notizen zu bringen oder nur den Namen des Vortragenden und das Thema des Vortrags anzugeben.

Ordentliche Sitzung vom 3. Juli 1905.

Vorsitzender: Herr L. Rohn.
Schriftführer: Herr A. Nebel.

Herr **Albrecht** demonstriert eine grössere Anzahl **pathologisch-anatomischer Präparate.**

Zu dem Präparat „Larynxphthise mit Geschwür auf der hinteren Fläche der hinteren Larynxwand" bemerkt Herr Vohsen: Herr Albrecht bezeichnete mit Recht dieses Geschwür als Hauptursache der Schluckschmerzen. Ausgedehnte Ulcerationen und Infiltrate des Larynx rufen häufig gar keine Schluckschmerzen hervor. Heftigere nicht tuberkulöse Entzündungen können aber solche hervorrufen, wenn die Gegend des Krikoarytänoidgelenkes an der Hinterwand erkrankt ist. Das klinische Symptom dafür ist Vermehrung des Schmerzes bei Druck auf den Krikoidknorpel und leerem Schlucken, wodurch die fragliche Gegend an die Wirbelsäule gedrängt wird.

Herr **Backhaus**-Berlin (als Gast): **Grundsätze und Erfahrungen auf dem Gebiet der Kindermilchbereitung.**

Im Jahre 1892 begann ich, veranlasst durch medizinische Kollegen in Göttingen, Arbeiten über die Analyse der Frauenmilch. Dieselben führten zu dem Resultat, dass die seitherigen Angaben in bezug auf Quantität und Qualität der in der Milch enthaltenen Stoffe der Modifikation bedurften. Die betreffenden Ermittlungen veranlassten mich aber auch weiter zu Versuchen, um ein der Frauenmilch ähnliches Präparat aus Kuhmilch herzustellen. Im Jahre 1895 erliess ich die ersten Publikationen über den Gegenstand, und zwar in der Berliner klinischen Wochenschrift, im Jahresbericht der Naturforscherversammlung, in milchwirtschaftlichen, agrikulturchemischen und landwirtschaftlichen Organen. Ich stellte damals als Grundsätze einer rationellen Kindermilchbereitung auf:

1. fabrikweise Herstellung im Gegensatz zur Hausverarbeitung;
2. sorgfältige Gewinnung der Rohmilch;
3. möglichste Annäherung der Säuglingsnahrung an die Zusammensetzung der Frauenmilch;
4. Füllung in Portionsflaschen;
5. Sterilisation.

Dass die Grundsätze einen richtigen Kern enthielten, beweist der Umstand, dass die Ideen in der Praxis sehr bald Eingang fanden, dass ca. 60 Anstalten zur Herstellung von Kindermilch nach meinen Vorschlägen übergingen und nunmehr im Verlaufe von ca. 10 Jahren ca. 150 000 Säuglinge mit der nach meinen Angaben hergestellten Kindermilch ernährt wurden. Zurzeit werden jährlich 2 Millionen Liter Kindermilch nach diesem Verfahren erzeugt. Es war so möglich, in der Praxis zahlreiche Erfahrungen zu sammeln.

Im allgemeinen können auch heute noch die obigen Grundsätze aufrecht erhalten bleiben. Doch ist es notwendig, sie auf Grund der Erfahrung nach mancher Richtung zu modifizieren. Ich war auch bestrebt, durch wissenschaftliche Forschungen noch die verschiedenen Phasen der Kindermilchbereitung weiter zu klären, worüber ich an verschiedenen Orten, z. B. Berichten des Landw. Instituts der Universität Königsberg, Journal für Landwirtschaft, Therapie der Gegenwart etc. berichtete.

1. Die fabrikweise Herstellung ermöglicht im Vergleich zur Hausverarbeitung die Milch rascher nach dem Melken zu behandeln, überhaupt eine bessere, gut kontrollierte Rohmilch zu verwenden, mit modernen maschinellen Einrichtungen und Arbeiten, sowie komplizierteren Verfahren eine grössere Annäherung an Frauenmilch zu erlangen und schliesslich auch durch die Vorteile des Grossbetriebes die Unkosten der Verarbeitung zu ermässigen. Rechnet man in letzterer Beziehung, was ein Liter Milch, der im Ankauf bei guter Qualität schon einen Preis von ca. 50 Pf. hat, mit Zusätzen, Sterilisation und Arbeit bei der Hausverarbeitung kostet, so ist der Betrag meistens höher als bei Bezug trinkfertiger Säuglingsnahrung.

2. Sorgfältige Gewinnung der Rohmilch. Im Laufe der Zeit habe ich immer mehr die Wichtigkeit gerade dieser Phase der Kindermilchbereitung kennen gelernt. In der Praxis der Milchgewinnung existieren die grössten Misstände. In einer Zeit, in der die Hygiene so Grosses geleistet hat, muss man erleben, dass die Gewinnung des wichtigsten Kindernahrungsmittels allen hygienischen Grundsätzen geradezu oft ins Gesicht schlägt. Ich könnte tatsächlich erlebte Fälle schildern, die jedem denkenden Menschen, der für Reinlichkeit, Appetitlichkeit und Gesundheitspflege Sinn hat, unglaublich erscheinen. Der Schwerpunkt ist mehr auf die bakteriologischen als die chemischen Momente zu legen. Durch systematische Versuche habe ich gezeigt, wie man die sogen. aseptische Milchgewinnung bis zu einem hohen Grade durchführen kann. Ich mache mich sogar nach neueren Versuchen anheischig, durch geeignete Haltung der Milchtiere und zweckentsprechendes Melken eine Milch zu gewinnen, die frei ist von allen pathogenen Bakterien und im schlimmsten Falle mit wenigen unschädlichen Bakterien versehen ist, eine Milch, welche 3 Tage bei Zimmertemperatur, 8 Tage im Eisschrank sich halten muss. In der fortlaufenden Kontrolle des Keimgehaltes der Milch ist die beste Prüfungsmethode vorhanden. So sehr man nach dieser Richtung hin scharfe Anforderungen

stellen muss, so kann man in anderer Beziehung den Milchwirt wieder entlasten, um eine unnötige Verteuerung der Milch zu vermeiden. Dieses bezieht sich namentlich auf die Fütterung. Meine eigenen und viele andere Versuche haben ergeben, dass der Einfluss des Futters auf die Milchqualität früher überschätzt wurde, dass eine Benachteiligung nicht eintritt, so lange man ein gesundes, normales Futter in der richtigen Mischung verabreicht. Ganz verkehrt ist der Glaube an die gute Wirkung der Trockenfütterung. Erst kürzlich hat Dünkelberg nachgewiesen, wie das lebende Eiweiss des Grünfutters durch das Trockenfutter nicht zu ersetzen ist. Wohlbefinden und Leistungsfähigkeit der Kühe und die Qualität ihrer Milch wird sogar benachteiligt, wenn man anstatt des natürlichen Grünfutters, des günstigen Weideganges, der schmackhaften Wurzelfrüchte, sowie auch Biertrebern, eine Fütterung mit Heu, Stroh und Kraftfuttermitteln vorzieht, welche sämtlich weniger schmackhaft, dagegen sehr viel teurer sind und in der Qualität oft viel mehr Beanstandungen ergeben, als ein gut gewonnenes Grünfutter. Von Wichtigkeit ist die Auswahl der Tiere nach Rasse, Individualität, eine rationelle Pflege der Milchtiere. Wir haben hier ein überaus vielseitiges und schwieriges Gebiet vor uns, in das so viele landwirtschaftliche, veterinäre, agrikulturchemische Beziehungen etc. hineinsprechen, und das nur von dem eingeschulten Fachmann übersehen werden kann.

3. Möglichste Annäherung an die Zusammensetzung der Frauenmilch. Die natürliche Ernährung ist unbedingt für den Säugling die zweckmässigste. Dieser Satz wird in der Neuzeit von allen Medizinern immer wieder betont. Es ist aber ein grosser Widerspruch, wenn nun andererseits behauptet wird, dass es bei der künstlichen Ernährung nicht darauf ankommt, die Zusammensetzung der Muttermilch zu erreichen. Da, wo künstliche Ernährung notwendig ist und das wird immer in vielen Fällen, namentlich auch als Beinahrung und nach dem Abgewöhnen der Fall sein, ist unbedingt ein Milchpräparat das richtigste, welches die ausserordentlich grossen Unterschiede zwischen Kuhmilch und Frauenmilch überbrückt. Statistische Arbeiten, welche das Gegenteil beweisen, sind höchst angreifbar. Gewiss werden in einzelnen Fällen eine unveränderte Kuhmilch, ein Kindermehl, selbst Buttermilch und andere in der Zusammensetzung abweichende Präparate von guter Wirkung sein können. Für die grosse Zahl der künstlich zu ernährenden Säuglinge sind sie absolut verwerflich. Aus physiologischen Gründen wird ein Präparat, welches der Frauenmilch möglichst nahe kommt, alle anderen übertreffen, und die Praxis hat dieses in vielen tausenden Fällen bestätigt. Das von mir zurzeit empfohlene Verfahren, das ich natürlich gern mit den Fortschritten der Erkenntnis modifizieren werde, besteht im wesentlichen darin, dass die sorgfältigst gewonnene Kuhmilch alsbald nach dem Melken in Rahm und Magermilch zerlegt wird, dass die Magermilch mit einem ganz geringen Zusatz von Trypsin und Labferment versehen wird, wodurch im Verlaufe einer halben Stunde der Gehalt an löslichem Eiweiss verdoppelt und das übrige Kasein ausgefällt wird. Die so gewonnene einweissreiche Molke wird in 4 Sorten mit Rahm, Wasser, Magermilch, Milchzucker und geeigneten Kohlehydraten versetzt. Es werden dadurch Gehaltszahlen erzielt, die von einem

etwas weniger wie die Frauenmilch konzentrierten Präparat, weil bei der künstlichen Ernährung so leicht Ueberfütterung eintritt, allmählich die Zusammensetzung der Kuhmilch, die im Alter von 1 Jahr rein gegeben werden kann, erreichen.

4. Füllung in Portionsflaschen. An diesem Grundsatz halte ich im allgemeinen fest, weil dadurch die sicherste und bequemste Verabreichung eintritt. Wenn jedoch von der Sterilisation Abstand genommen wird, so kann auch in Tagesrationen die Milch dem Konsumenten übergeben werden. Es muss alsdann ein Umfüllen vor jeder Trinkzeit in die Saugflaschen geschehen.

5. Sterilisation. Erst durch die Sterilisation wurde die künstliche Säuglingsernährung eine gesicherte. Die Vorteile der Sterilisation sind von der französischen Schule unter Führung von Marfan gerade in neuerer Zeit immer wieder betont worden. Die nachteiligen Wirkungen der Erhitzung beziehen sich zum grossen Teil auf eine schlecht ausgeführte Sterilisation. Eine sorgfältig gewonnene Milch ist durch ein ganz kurzes Erhitzen mit nachfolgender rascher Abkühlung ohne erhebliche Geschmackveränderung und namentlich ohne Benachteiligung von Fett, Milchzucker durchzuführen. Eine gewisse Veränderung des Eiweisses und der Salze ist allerdings dabei nicht zu vermeiden. Aus diesem Grunde wird in wenigen Fällen, etwa 5 von 100, die sterilisierte Milch nicht gut vertragen. Für solche Fälle empfehle ich neuerdings nach meinen sonstigen Grundsätzen gewonnene und veränderte Kindermilch, aseptisch gewonnen und unsterilisiert zu verabreichen.

Was die Resultate der nach diesen Vorschlägen durchgeführten Kindermilchbereitung anbelangt, so liegen darüber eine Reihe von eingehenden klinischen Beobachtungen medizinischer Autoritäten vor, die im allgemeinen zu günstigen Ergebnissen gelangten. Selbstverständlich ist der Versuch nicht einwandsfrei, wenn nur schwerkranke Säuglinge ernährt wurden, wenn die Qualität der verwendeten Milch nicht den Vorschriften entsprach und auch die Anwendung zu Tadel Anlass gab. Ebenso bestreite ich die Richtigkeit chemischer Untersuchungen meiner Kindermilch, wenn unrichtige Untersuchungsmethoden, z. B. Eiweissfällungen angewendet wurden. Jedenfalls kann ich mich auf Beurteilung von Autoritäten wie Bendix, Biringer, v. Cauvenberghe, Exmann, Fraipont, Friedmann, Hagenbach-Burkhard, Hauser, Johnen, Kolisko, Kufferath, Marfan, Monti, Rapin, Terrien, Ungar, Variot, Vierordt, Zweifel beziehen. Ich verweise aber ferner auf die Aussagen Hunderter von praktischen Aerzten, die vielfach mit eigenen Kindern das Präparat erfolgreich probierten, und schliesslich ist auch die Zufriedenheit vieler Tausender von Eltern, die ihren Beobachtungen auch im Vergleich mit anderen Präparaten lebhaft Ausdruck gaben, nicht ohne Bedeutung. Eine Enquête, die ich bei allen Anstalten, die meine Kindermilch herstellen, veranlasste, ergab

das Resultat, dass die Sterblichkeit der normalen Kinder, welche mit dieser Milch ernährt wurden, nicht höher ist, als bei Brustkindern, d. h. etwa 4—5 mal geringer als bei sonstiger künstlicher Ernährung. Diese Zahl im Vergleich mit der sonstigen Statistik der Säuglingssterblichkeit, die erst kürzlich in so vortrefflicher Weise von Seiffert zusammengestellt ist, beweist wohl am besten auch die volkswirtschaftliche Bedeutung eines rationell hergestellten Kindernahrungsmittels.

Zur Preisfrage übergehend ist zu bemerken, dass eine gute Rohmilch nach allen modernen Gesichtspunkten gewonnen, nicht unter 20—30 Pf. pro Liter zu produzieren ist. Die Verarbeitung, also chemische Veränderung, die Sterilisation, Füllung in Portionsflaschen verursachen je nach der Einrichtung und Grösse des Umsatzes etwa ebensoviel und schliesslich entstehen noch Vertriebskosten, so dass unter 50 Pf. ein rationelles Kindernahrungsmittel überhaupt nicht geliefert werden kann. Da man mit einem Liter pro Kopf und Tag durchschnittlich rechnen kann, entstehen also als Kosten der künstlichen Ernährung 50—80 Pf., die sehr wohl von den Wohlhabenden und dem Mittelstand getragen werden können. Auch Minderbemittelte können, wie das Beispiel zeigt, sehr gut ihrem Kinde eine derartige Nahrung verschaffen, namentlich wenn man vergleicht, welche Summen oft für Bier und andere unnötige Lebensbedürfnisse verbraucht werden. Für die ärmeren Klassen sind allerdings derartige Preise nicht aufzubringen. Ich halte es aber für falsch, hier nun minderwertige Nahrungsmittel vorzuschlagen, ebenso wie es unrecht ist, dass dem armen Kinde die Mutter entzogen wird, um sie als Amme des Reichen zu verwenden. Gerade den ärmeren Klassen bieten sich nicht so viele Hilfsmittel zur künstlichen Ernährung, wie bei den Reicheren, und es ist deshalb das Vorgehen von Frankreich mit dem Gesetz Roussel, nach dem Ammen nur gestattet sind, wenn das eigene Kind das Alter von 7 Monaten erreicht hat, sehr beachtenswert. Wie das Beispiel zeigt, haben selbst fürstliche Eltern mit Erfolg den Glauben an das Ammenwesen gebrochen und die betreffenden Prinzen und Prinzessinnen gediehen in künstlicher Ernährung vortrefflich. — Ebenso wie man bei Anwendung von Lysol, Diphtherieserum etc. im Wochenbett und bei der Kindespflege nicht nach dem Preise fragt, ebenso sollte man auch darauf hinwirken, dass den armen Klassen dieselben künstlichen Säuglingsnahrungsmittel geboten werden, wie den reicheren. Es muss eben dann die Wohltätigkeit oder die öffentliche Unterstützung eintreten, wie dies mit Erfolg an vielen Orten durchgeführt wird. So wird beispielsweise in Krefeld, Aachen, Magdeburg von den dortigen Backhausmilchanstalten Kindermilch an Bedürftige zu ganz mässigen Preisen abgegeben

und Frauenvereine resp. Städteverwaltungen zahlen einen Teil hierzu. In den Gouttes de lait von Dr. de Rothschild in Paris wird ebenfalls Backhausmilch, allerdings nur an besonders schwächliche Säuglinge zum ermässigten Preise oder ganz umsonst verteilt. Ich habe allen Kindermilchanstalten, die nach meinen Vorschlägen arbeiten, empfohlen, für Bedürftige die Milch mit 25 Proz. Preisermässigung zur Verfügung zu stellen. Wenn dann Wohltätigkeitsvereine oder Kommunalverwaltungen weitere 50 Proz. tragen, so braucht der Arme nur ¼ des Preises zu entrichten, was von ihm sehr wohl durchgeführt werden kann.

Diese letzteren Betrachtungen führen mich über zu der Frage der zweckmässigsten Organisation der Kindermilchherstellung. Gewöhnliche Molkereien, Landgüter sind nicht fähig, ein so schwierig herzustellendes Produkt in den Verkehr zu bringen. Noch weniger dürften sich kommunale Betriebe hierfür eignen. Wenn man es schon als Unding betrachten würde, dass einfache Nahrungsmittelbranchen, wie Bäckereien und Metzgereien in kommunaler Durchführung betrieben werden, so ist es noch viel weniger möglich, eine von der privaten Tüchtigkeit und Sorgfalt abhängige Einrichtung, wie Gewinnung und Vertrieb von Kindermilch durch kommunale Anstalten durchzuführen. Der kommunale Viehwärter wird nicht so geneigt sein, früh und spät mit 12--15 stündiger Arbeitszeit sich seinem Beruf zu widmen und ebenso wird das übrige Personal ganz andere Ansprüche stellen, als im Privatbetriebe. Kommunale Anstalten werden also nur mit ungeheuren Kosten, die schliesslich doch von den Steuerzahlern aufgebracht werden müssen, ein rationelles Kindernahrungsmittel herstellen und schliesslich wird der Ansporn zum Fortschritt, der im privaten Betrieb durch den Kampf ums Dasein besteht, hier nicht vorhanden sein. Das richtigste ist unbedingt, wenn Spezialbetriebe, besonders Sanitätsmolkereien oder ländliche Milchwirtschaften sich ganz ausschliesslich auf diesen Betriebszweig werfen und ihn als Spezialität betreiben, wenn sie der schärfsten Kontrolle und den höchsten Anforderungen von seiten der Aerzte und des Publikums unterworfen werden und wenn auch andererseits ihren eifrigen Bemühungen der Lohn nicht vorenthalten wird.

Auch der Mediziner selbst sollte bei seinen grossen Aufgaben die hier vorliegenden Tätigkeitsgebiete, die so grosse Anforderungen und Fachkenntnisse in Landwirtschaft, Veterinärwissenschaft, Chemie, Bakteriologie, Maschinenwesen etc. verlangen, besonderen Fachleuten überlassen. Es können Beispiele genug aufgezählt werden, dass die sog. ärztliche Kontrolle oder auch die Ansicht eines Pädiaters, dass nach seinen theoretischen Empfehlungen die Kindermilchbereitung nun in befriedigender Weise

durchgeführt wird, zu absolut unzulässigen Verhältnissen führt. Durch eine zeitgemässe Arbeitsteilung und ein sachgemässes Hand-in-Hand-arbeiten ist allein dieses wichtige Gebiet zu verbessern.

Diskussion: Herr Rosenhaupt: Die Forderung einer chemischen Annäherung der Milch ist ein Dogma, das der Vortr. aufgestellt und nicht bewiesen hat. Praktiker sind anderer Ansicht; so hat Finkelstein mit einfacher Kuhmilch mit Kohlehydratzusätzen immer mehr erreicht, als mit allen künstlichen denaturierten Milcharten. Die Säuglingssterblichkeit bekämpft man aber nicht durch Empfehlung künstlicher Ernährung, sondern durch die des Selbststillens der Mutter.

Will man aber etwas in der künstlichen Ernährung leisten, so muss man, dem Vorschlage Engels folgend, die Milch der städtischen Kuhställe speziell der Säuglingsernährung dienstbar machen. Hier in Frankfurt ist ein günstiger Boden für diesen Vorschlag; denn es kommen 8 Säuglinge auf 1 Kuh im Stadtgebiet. Eventuell ist auch die Kommunalisierung der Kuhställe ins Auge zu fassen.

Die Verbreitung der Backhausmilch gründet sich sicherlich im wesentlichen auf die bequeme Art der Dosierung in Einzelportionen.

Herr v. Wild hat seit 5 Jahren Backhausmilch in den Fällen angewendet, in denen er neben Muttermilch künstliche Nahrung geben musste. Er hat damit sehr gute Erfahrungen gemacht, insbesondere bei 4 eigenen Kindern, worunter Zwillinge von 1550 und 2050 g Anfangsgewicht. Er hat die hier hergestellte Backhausmilch sehr haltbar gefunden, auch auf langen, bis 10 tägigen Reisen. Er sieht ferner in der Verabreichung in Portionsflaschen ein Mittel gegen Ueberfütterung.

Herr E. Cohn: Die Anforderungen des Vortr. sind nur in grossen Anstalten oder kommunalen durchführbar. Diese allein geben Garantie. Der Preis der Backhausschen Milch sei zu hoch. Nicht gut rentierende Aktiengesellschaften, sondern preiswürdige Produktion eines Volksnahrungsmittels sei das Ziel. Fort mit der sogen. Wohltätigkeit für arme Kinder! Backhaus und Gärtner, Voltmer sind gewiss gute Präparate. Aber wichtiger ist die Herstellung normaler Milch, zu der dann für Kinder Zusätze, wie Milchzucker etc. kommen. Die Ansichten des Vortr. über das Bessere des Grünfutters sprechen gegen die hiesige Milchkuranstalt, hinter der das Ansehen des ärztlichen Vereins stehe. Hat der Vortr. Recht — und ich stimme ihm zu —, so ist die hiesige Milchkuranstalt zu revidieren.

Herr A. König teilt mit, dass sterilisierte Kindermilch in Einzelportionen unentgeltlich gegen ärztliche Bescheinigung abgegeben wird. Um nicht etwa hierdurch das Stillen durch die Mütter zu verringern, wird auf eine ärztliche Bescheinigung einer Mutter, die ihr Kind selbst stillt und gut hält, täglich 1 Liter Vollmilch geliefert. Die Kosten trägt der Armenverein, wodurch die Nachteile der öffentlichen Armenunterstützung wegfallen.

Herr Cahen-Brach spricht sich ebenfalls dafür aus, dass die Herstellung von Säuglingsmilch in Grossbetrieb übernommen,

womöglich kommunalisiert werde. Was das Prinzip betrifft, das der Bereitung der Backhausmilch zugrunde liegt, nämlich die Absicht, eine der Frauenmilch ähnliche Nahrung dem Säuglinge zu bieten, so muss man sich einstweilen mit der Ausmerzung der verhältnismässig groben Unterschiede begnügen, die zwischen Kuh- und Frauenmilch bestehen. An den biochemischen Abweichungen lässt sich vorläufig nichts ändern, trotzdem gerade sie es sind, die nicht so selten die Gewöhnung der Säuglinge an Kuhmilch recht erschweren.

Bezüglich der Erfolge der Säuglingsernährung mit Backhausmilch misst Herr C-B. zum Teil die günstigen Ergebnisse vorwiegend den Kautelen zu, mit denen die unter Backhaus' Aufsicht stehenden Kuhställe umgeben sind.

Herr E. Hübner hält die möglichste Annäherung der Säuglingsnahrung an die Muttermilch für geboten. Er hat gleich nach Beginn der Herstellung der Backhausmilch zahlreiche Kinder damit ernähren können; der Erfolg war durchweg ein guter, vor allem zeigte der Stuhl dieser Kinder eine solche Aehnlichkeit mit dem Stuhle der Brustkinder, wie er sie noch bei keiner anderen künstlichen Ernährung beobachtet hat und zwar bei makroskopischer wie bei mikroskopischer Untersuchung.

Herr Böhm: Die natürliche Ernährung ist vor allem anzustreben; die Unterschiede zwischen Frauen- und Kuhmilch sind eminente und werden, speziell auf biologischem Gebiete, wohl nicht ausgeglichen werden. Klinisch sind die Erfahrungen von Finkelstein u. a. bedeutsam, wo nach Verabreichung von schon wenigen Tropfen Kuhmilch schwere Vergiftungserscheinungen, sogar der Exitus eintrat. Für die Armenkinder fängt man in neuester Zeit an, ausreichend zu sorgen, und kann so allen Teilen gerecht wurden. Die Kuhmilch qualitativ analytisch der Frauenmilch ähnlich zu machen, scheitert schon daran, dass während des Saugakts schon die Milch der Frau qualitativ sich ständig ändert.

Herr J. Rothschild hat seinen Standpunkt, den er gelegentlich eines Vortrages über Säuglingsernährung vor einigen Jahren eingenommen, nicht geändert. Für den grössten Teil unserer Klientel sind wir auf gewöhnliche Milch angewiesen, die Redner seit 8 Jahren in seiner Poliklinik verordnet und wobei er keine grössere Sterblichkeit hat, als die von B. angeführte. Schliesslich wendet er sich gegen die vom Armenverein jetzt ausgegebene sterilisierte Milch, solange keine Beratungsanstalt für Säuglinge besteht. Redner empfiehlt seinen früheren Vorschlag, die Aufsicht des ärztlichen Vereins über die hiesige Milchkuranstalt aufzuheben und mehrere Anstalten einer Aufsicht zu unterstellen.

Ordentliche Sitzung vom 21. August 1905.

Vorsitzender: Herr L. Rehn.
Schriftführer: Herr A. Nebel.

Herr **Albrecht** demonstriert:

Käsige Tuberkulose eines Samenbläschens als Ausgangspunkt von Miliartuberkulose.

Gelappte atrophische Leber (Lues?) mit Zuckergussauflagerungen.

Eklamptische Blutungen der Leber. Mamma bei Eklampsie.

Hochgradige deformierende Arthritis des Kniees nach Fraktur des rechten Femur bei Tabes.

Multiple Tumoren: Karzinom des Sinus piriformis, Lipome der Kardia, des Pylorus, Schleimhauthyperplasie im Coekum, Ribbertsches Divertikel des Oesophagus.

Markschwamm des Ductus cysticus mit Verschluss des Ductus choledochus, breiter Perforation ins Duodenum, eitriger Hepatitis mit chronischem Ikterus.

Maligner Grawitzscher Tumor (Karzinom) der rechten Niere.

Skirrhus des Pankreaskopfes, Kompression des Ductus choledochus, chronischer Ikterus.

Generalisierte Aktinomykose nach primärer Lungenaktinomykose.

Herr **Edinger**: **Neue Untersuchungen über den Bau des Nervensystems.** (Mit Demonstrationen.)

Vortr. berichtet über die Arbeiten des Dr. Senckenbergischen neurologischen Institutes, die 1903 und 1904 erschienen sind.

An klinischen Arbeiten erschienen von ihm selbst: Therapie der peripheren Nervenkrankheiten (in Stintzing-Penzoldts Handbuch), Monographie der Unfallneurosen mit S. Auerbach, Neue Darstellung der Segmentinnervation und eine Aufsatzserie über die Aufbrauchkrankheiten des Nervensystems. Von dem Assistenten des Instituts Dr. R. Bing eine Bearbeitung der Friedreichschen Krankheit. Es ist hier bewiesen,

dass diese Krankheit am besten verstehbar ist, wenn man auf dem Boden von E.s Aufbrauchtheorie stehend annimmt, dass das in allen Fällen zu klein gefundene Rückenmark von seinem Träger früh aufgebraucht, zur Degeneration gebracht wird.

Anatomisch und pathologisch-anatomisch wurde viel gearbeitet; es ist natürlich nicht alles publiziert worden. In letzter Zeit beschäftigte sich das Institut wesentlich mit den schönen Fibrillendarstellungen in Ganglienzellen, von denen Präparate, die Dr. Biart angefertigt hat, demonstriert werden. Für das aus den Kreisen des ärztlichen Vereines angeregte Lehrbuch der Hirnanatomie von Edinger, das nun in 7. Auflage völlig neu bearbeitet vorliegt, wurden zahlreiche rein anatomische Vorarbeiten nötig. So hat Streeter den Boden der Oblongata, die Rautengrube, topographisch neu bearbeitet und definitiv die Grössen der einzelnen Kerne festgestellt, ebenso wie die Höcker und Furchen, die sie am Rautenboden bilden. D'Hollander hat den Faserzug, der den Deitersschen Kern im Gleichgewichtsapparat mit dem Rückenmarke verbindet, bei Fledermäusen, wo er enorm ist — Gleichgewichtsanforderungen dort! — studiert. Bing hat an einem Falle poliomyelitischer Erweichung der Vorderhörner die fast allein degenerierten Assoziationsbahnen des Markes ermittelt. Dann haben sich Rosenberg und Magnus an den eben sehr intensiv betriebenen Studien über die Lokalisation der Muskelkerne im Rückenmarke erfolgreich beteiligt, der erstere, indem er ein Rückenmark nach Unterarmamputation untersuchte, der andere, als er von einer Frucht (Amelus), der die Beine fehlten und die Arme verkümmert waren, sorgfältig mit einem normalen Rückenmarke vergleichene Serienschnitte machte. Auf histologischem Gebiete liegt eine Arbeit von Dr. G. Holmes. Er wies nach, dass durch Strychninkrämpfe die Granulierung der motorischen Ganglienzellen erschöpft werden kann.

Besonders intensiv wurde auf vergleichend anatomischem Gebiete gearbeitet. Holmes hat versucht, die vergleichende Anatomie der Akustikusendkerne festzustellen. Er, Wallenberg und Edinger haben in gemeinsamer Arbeit eine Monographie des Vogelvorderhirnes geschaffen, die in den Senckenbergischen Abhandlungen mit vielen Tafeln erschienen ist. Streeter bearbeitete das Rückenmark des Strausses und schliesslich hat Goldstein die erste ausführliche Monographie des Zwischenhirnes der Fische in einer sehr eingehenden, fleissigen Arbeit geschaffen (1905). Derselbe hat auch durch Operationen an der Rinde und Verfolg der degenerierten Bahnen endlich

bewiesen, dass die bei vielen niederen Tieren in die Hinterstränge kreuzenden Pyramiden wirklich Tractus corticospinales sind.

Gemeinsam mit Prof. Goldmann-Freiburg wurde ein Verfahren ausgearbeitet, das die Wegnahme ganzer Hirnteile durch Formol ermöglicht und vielleicht einmal chirurgisch brauchbar wird.

Die einzelnen Arbeiten wurden, soweit sie nicht bereits früher dem Vereine vorgelegt waren, vorgelegt und ihre Tafeln projiziert.

Der Vortragende schloss mit der Aufforderung, dass die anderen hiesigen Laboratorien in gleicher Weise von Zeit zu Zeit dem Vereine Bericht erstatten möchten.

Diskussion: Herr Leopold Auerbach betont, um Missverständnissen vorzubeugen, die historische Entwicklung einzelner Probleme, welche Herr Edinger in seinen kursorischen Ausführungen überging. So haben z. B. schon Bechterew und Lenhossék bei Ratte, Maus und Meerschweinchen den Verlauf der Pyramidenbahn in den Hintersträngen festgestellt und für den hochkomplizierten Bau der Lobi optici der Fische verdienten, wenn auch vielleicht nicht A.s eigene Studien, so doch mindestens die grundlegenden Vorarbeiten von Stieda, Mayser, Fusari etc. eine Erwähnung. — In bezug auf die kurzen Bahnen des Rückenmarks bestätige Bing in erfreulicher Weise das von A. selbst zuerst formulierte, von Flatau adoptierte Gesetz, wonach jeweils die längeren Fasern gegen die Peripherie rücken. Hingegen habe Bing gerade das von Herrn Edinger angenommene sensible System langer Fasern, die sich in der vorderen Kommissur kreuzen und zur Schleifenschicht gesellen sollten, nicht gefunden. In den Hintersträngen schienen auch exogene Fasern degeneriert. — Das Experiment Holmes, das für die Ersatzhypothese herangezogen werde, falle an und für sich nicht schwer in die Wagschale, da, abgesehen von anderen Einwänden, die Affinität des Strychnins zum Zellprotoplasma bei niederer Temperatur sich möglicherweise verringere. — Im Anschluss an Herrn Edingers Demonstration eines Cajalpräparates sei auch auf die Schattenseiten der so bestechende Bilder liefernden Silberverfahren von Cajal und Bielschowsky die Aufmerksamkeit zu lenken, insbesondere dass letztere die Verteilung des fibrillären Elementes in den Ganglienzellen nur unvollständig bringen. In analoger Weise seien ja auch A.s Endknöpfchen beiden Methoden nur in sehr beschränktem Masse zugänglich, so dass sogar Cajal die Verknüpfung der Achsenzylinderendigungen in einem perizellulären Netzwerk entgehen konnte. Die moderne Lehre halte die Präexistenz von Fibrillen für gesichert, hauptsächlich, weil man heute auf verschiedenen Wegen einen fibrillären Bau erkenne; doch bleibe die Vorfrage offen, inwieweit wir es bei Bethe, Cajal und Bielschowsky, Donaggio und Auerbach mit wirklich Identischem zu tun haben.

Herr **E. Franke: Ueber Trypanosomentherapie.**

Der Vortragende berichtet über therapeutische Versuche bei Trypanosomenerkrankung, die er in den letzten Jahren in Gemeinschaft mit Herrn Geheimrat Ehrlich im Institut für experimentelle Therapie ausgeführt hat.

Nähere Details über die bisherigen Versuche, die auf pharmakologischem Wege, sowie durch die immunisatorische Erzeugung spezifischer Schutzstoffe zur Bekämpfung der Trypanosomenkrankheiten angestellt wurden und die Redner einleitend erwähnt, sind aus seiner Dissertation: „Therapeutische Versuche bei Trypanosomenerkrankung" (Giessen 1903) zu ersehen.

Der Vortragende berichtet:

1. über die Immunitätsperiode, welche eintritt, wenn mit Mal de Caderas infizierte Mäuse mit Trypanrot behandelt sind. Infiziert man ein derartiges Tier unmittelbar nach Verschwinden der Trypanosomen aus dem Blute, so bleibt die Infektion erfolglos, wie schon Ehrlich und Shiga gefunden hatten. Eine grosse Reihe derartiger Versuche ergaben, dass die Immunität ca. 20 Tage erhalten bleibt und dann verschwindet und dass sie spezifisch ist, d. h. nur für den zur Infektion verwandten Stamm (cf. Halberstädter).

2. über Versuche mit dem neuerdings von Wendelstadt empfohlenen Malachitgrün.

Die Versuche wurden an Ratten und Mäusen, die mit Mal de Caderas und Naganaparasiten infiziert waren, ausgeführt. Aus all diesen Protokollen der Dissertation geht hervor, dass Malachitgrün dem Trypanrot an trypanosomenvernichtender Kraft weit nachsteht. Es ist auch nicht bei einem einzigen Tier eine Heilung gelungen. Am auffälligsten ist der Unterschied bei den mit Mal de Caderas infizierten Mäusen insofern, als hier durch Trypanrot Heilung eintrat, während die anderen Tiere höchstens 4—5 Tage später als die Kontrolltiere starben.

Im Anschluss hieran hebt der Vortragende hervor, dass eine gewisse Verwirrung in der Beurteilung der trypanosomenfeindlichen Stoffe einzutreten droht, insofern als die Widerstandsfähigkeit der Trypanosomen gegenüber den Chemikalien eine ausschlaggebende Rolle spielt. Diese Resistenz steht absolut nicht mit der Virulenz im Zusammenhange. Wir besitzen 2 Stämme, die sich von demselben Ausgangsmaterial herleiten und welche beide maximale Virulenz für Mäuse besitzen. Der eine Stamm wird von Trypanrot und Arsenik leicht beeinflusst, der andere weit schwieriger. Es gelingt ohne Mühe, die resistente Form in die widerstandslosere überzuführen.

3. über Heilversuche an Kaninchen, die mit Mal de Caderas infiziert waren.

Es wurden verschiedene Modi ausprobiert und gefunden, dass die von Laveran empfohlene Kombination Arsenik-Trypanrot am besten ist. Aus einer Reihe von Versuchen, die schon im vorigen Jahre angestellt wurden, ergab sich, dass die besten Resultate erzielt wurden, wenn man den Tieren, sobald Parasiten im Blute erschienen sind, eine Trypanrot-Arsendosis appliziert und nach 8—10 Tagen, ohne das Eintreten von Rezidiven abzuwarten, die Injektion wiederholt. Genau denselben Modus procedendi hat Laveran ausfindig gemacht (Compt. rend. de l'Acad. des sciences, T. 140, p. 287 u. 1081).

4. über die Krankheitsgeschichte eines Affen (Cercopithecus callitrichus), der mit Mal-de-Caderas-Parasiten infiziert war.

Die Heilung dieses Tieres, bei dem durch einfache Trypanrotbehandlung die Parasiten passagère zum Verschwinden gebracht wurden und das wiederholt an Rezidiven erkrankte, gelang schliesslich durch die oben erwähnte kombinierte Behandlung in glatter Weise.

In dem Blute des geheilten Affen konnten spezifische Schutzstoffe nachgewiesen werden, insofern das Serum desselben Mal de Caderas, nicht aber andere Trypanosomen — Nagana, Mbori — agglomerierte. Dementsprechend zeigte sich auch das Serum, wenn es im Gemisch mit Parasiten Mäusen injiziert wurde, nur gegen Mal de Caderas wirksam, während die mit Nagana- und Mborigemisch geimpften Mäuse gleichzeitig mit den Kontrollen an Trypanosomiasis verendeten.

Es wurde nun der Affe von neuem mit Mal-de-Caderas-Trypanosomen infiziert und er erkrankte nach ziemlich langer Inkubationszeit (17 Tage) mit Fieber und Parasiten im Blute. Die Schutzstoffe waren zu dieser Zeit noch im Blute vorhanden und in dem durch Erwärmen von den lebenden Parasiten befreiten Serum nachzuweisen. Das Serum war ohne diese Vorbehandlung infektiös. Es müssen daher die Trypanosomen durch den Aufenthalt in dem halbimmunen Körper andere biologische Eigenschaften angenommen haben, die sie den Schutzstoffen gegenüber unempfindlich machten.

Bemerkenswert ist, dass die Neuerkrankung durch eine einmalige Behandlung mit Farbstoffarsen geheilt wurde, ganz entsprechend analogen früheren Erfahrungen, die wir bei geheilten Kaninchen gewonnen hatten. Es scheint daher, als ob im Zustand der Halbimmunität die Parasiten leichter abgetötet werden könnten, als bei frischer Infektion. Diese Tatsache ist für die Bekämpfung der Protozoenkrankheiten von Wichtigkeit. Bei Texasfieber und Trypanosomiasis können Tiere, die immun geworden sind, Parasiten im Blute beherbergen — wie Koch gezeigt hat — und eine Quelle für die Infektion darbieten. Sollte

es gelingen, den Parasitenrest durch Chemikalien abzutöten, so würde das ursprünglich Kochsche Immunisierungsverfahren vielleicht vorteilhafter als bisher angewendet werden können.

Diskussion: Herr Ehrlich: Ich wollte zu dem Vortrage meines Mitarbeiters Dr. Franke nur bemerken, dass diese Versuche eine ausserordentliche Mühe und Umsicht erfordert haben. In der Tat ist die Aufgabe, um die es sich hier handelt, einen mit Protozoen infizierten Körper durch ein- oder mehrmalige Anwendung eines chemischen Agens vollkommen zu sterilisieren, so dass auch nicht ein einziger Keim zurückbleibt, eine ebenso schwierige wie wichtige. Dass uns zunächst im Tierversuch dies zu erreichen gelungen ist, muss ermutigen, auf diesem Wege fortzuschreiten. Hervorheben möchte ich nur, dass auch in der Menschenpathologie, insbesondere bei Malaria und Syphilis, vielleicht ähnliche Verhältnisse mitspielen, wie bei der Trypanosomentherapie. Vielleicht sind Rezidive, die nach der Chininbehandlung so häufig auftreten und eine wiederholte Chinintherapie notwendig machen, nichts anderes als der Ausdruck des Ablaufs der jedesmaligen Immunitätsphase. Im Laufe dieser wiederholen Attacken gewinnt der Körper einen geringen Zustand dauernder aktiver Immunität, der dann eine stärkere Einwirkung des Heilstoffes Chinin ermöglicht. Gerade in dieser Beziehung möchte ich die Tatsache aus dem Frankeschen Vortrag erwähnen, dass einmal geheilte Tiere (Kaninchen und Affen) nach der Neuinfektion leichter wieder zu heilen sind.

Herr Benario: Zu den Ausführungen des Herrn Ehrlich möchte ich mir eine Anfrage erlauben. Herr Ehrlich hat erwähnt, dass die einer erstmaligen Behandlung unterworfenen Tiere eine Immunität von ca. 20 tägiger Dauer besässen. Sind nun die Tiere während dieser Periode infektionstüchtig insofern, dass man imstande ist, mit ihrem Blute andere Tiere zu infizieren oder nicht? In dem einen oder anderen Falle würde die Analogie mit der Syphilis noch evidenter erscheinen.

Herr Ehrlich: In Beantwortung dieser Anfrage möchte ich bemerken, dass der Nachweis über Abwesenheit der Trypanosomen bei Mäusen im Immunitätsintervall nur mikroskopisch, allerdings in einer grossen Anzahl von Fällen geführt wurde. Es soll in Anregung des Herrn Dr. B. auch die biologische Methode in Anwendung gezogen werden.

Ordentliche Sitzung vom 4. September 1905.

Vorsitzender: Herr L. Rehn.
Schriftführer: Herr A. Nebel.

Demonstrationen:

Herr Trappe:

Gereinigte Typhusgeschwüre. Tod durch Perforationsperitonitis.

Phlegmone des distalen Endes eines abnorm langen Wurmfortsatzes. Verschluss des letzteren durch einen Kotstein, Tod an eitriger Peritonitis.

Peritonitis tuberculosa. Perforation des Dickdarms und der Blase. Tuberkulose der Nieren und der Blasenschleimhaut.

Hochgradige Polyposis des Dickdarms.

Parenchymatöse Nephritis mit Amyloiddegeneration der Glomeruli. Multiple Tuberkulome der Milz.

Hochgradige Deformation des Thorax bei Rachitis.

Endocarditis verrucosa der Mitralis. Milzinfarkte.

Herr Rosenmeyer: **Irisumstülpung nach Kontusion des Augapfels.**

M. H.! Die durch Kontusion des Augapfels hervorgerufenen Irisverletzungen zeigen sich teils als Risse, teils als Lageveränderungen. Die Risse der Iris erfolgen am Ziliarrand, im Sphinkter und in der Kontinuität der Iris. Vor 15 Jahren hatte ich Veranlassung genommen, Ihnen einen Fall vorzustellen, bei welchem die Kontusion alle 3 Formen dieser Risse aufwies; ich besprach auch die Erklärungsversuche über das Zustandekommen dieser Verletzungen. Seltener sind die Totalabreissungen der Iris. Arlt erzählt von einem Kranken, bei welchem nach totaler Dialyse die Iris als graues Klümpchen am Boden der Kammer sass; ich sah im Vorjahre einen Fall, in welchem die Kontusion zur vollständigen Dialyse der Iris führte, welche durch eine gleichzeitig gesetze kleine Hornhautwunde nach aussen geschleudert wurde.

Interessanter ist der durch Lageveränderungen hervorgerufene scheinbare Mangel der Iris. Ammon beobachtete zuerst an der Leiche eines Selbstmörders dieses Verschwinden der Iris, welchen Vorgang er als Einsenkung bezeichnete. Im Jahre 1888 sah ich nach Kontusion des Augapfels die ganze Hälfte der Iris nach innen umgestülpt, der Bulbus, der später aus anderen Gründen

zur Enukleation kam, liess im Präparate den klinischen Befund bestätigen. Eine partielle Umstülpung der Iris nach oben zeigt die Patientin, welche ich Ihnen vorführe. Vor 14 Tagen erlitt sie eine Verletzung, indem sie zufällig in den Daumen der ausgestreckten Hand ihres Mannes fiel. Unmittelbar nach der Verletzung sah sie nichts. Wenige Stunden später sah ich das stark blutunterlaufene Auge, nach oben zeigte die Iris ein Kolobom von ca. 4 mm Breite. Die Annahme, dass es sich um ein iridektomiertes Auge handle, schien wahrscheinlich, weil das r. Auge zufällig nach innen ein künstliches Kolobom zeigt. Doch zeigt sich bei näherer Untersuchung die Angabe der Patientin, vorher eine ganz normale Pupille am linken Auge gehabt zu haben, bestätigt, man sieht parallel dem Korneaskleralrande nach oben in ca. 4 mm Entfernung einen grossen langen linearen Riss in der Sklera, welche die Uvea durchschimmern lässt; die scheinbar geringfügige Veranlassung hatte eine ganz mächtige Kontusion des Augapfels zur Folge. Differentialdiagnostisch kommt noch die Annahme in Betracht, ob es sich nicht um eine Verschiebung der Iris samt Ziliarkörper handelt. Die Reinheit des Glaskörpers, der Mangel jeder Blutung ins Innere des Auges lässt ein Abreissen des Ziliarkörpers und der Iris von der Unterlage und Verschiebung dieser Teile bestimmt ausschliessen. Nachdem ich vor vielen Jahren die eine Form der Irisverletzungen nach Kontusion besprochen habe, schien es mir des Interesses wert, auch einen Krankheitsfall von Lageveränderung Ihnen vorzuführen.

Herr **Flesch** demonstriert eine seltene Bildung an einer **Plazenta,** welche zu erschwerter Lösung geführt hat. 1½ Stunden nach der spontan und ohne wesentlichen Blutverlust erfolgten Geburt blieben seitens der Hebamme vorgenommene Expressionsversuche erfolglos; nach der von dem Vortragenden mittels Credéschen Handgriffs bewirkten Geburt der Plazenta zeigte sich, dass das Hindernis eine fast kindskopfgrosse Geschwulst am Rande des Organes war, die zunächst als ein zwischen den Eihäuten befindlicher Kruorknollen erschien. Die durch Herrn Albrecht vorgenommene vorläufige Untersuchung erwies den Tumor als eine Blutinfiltration des Randes der Plazenta; erst eine eingehende mikroskopische Untersuchung wird, da es sich unzweifelhaft um eine krankhafte Bildung im Plazentargewebe handelt, eine sichere Diagnose ermöglichen; vielleicht kommt Syphilis in Betracht. Die Einklemmung des Tumors im Zervikalkanal ist das Hindernis für die Austreibung der Plazenta geworden.

Herr **Kalberlah:** 1. **Fibrolysin bei Kompressionsneuritis durch Narbengewebe.**

Bei einer Pat. mit allgemeiner Neurofibromatose war ein Fibrom in der Gegend der r. Oberschlüsselbeingrube exstirpiert worden. An der Operationsstelle bildete sich eine tiefgehende derbe grosse Narbenplatte, die genau über dem Erbschen Punkt lag. Wahrscheinlich war es zu einer Narbenumwucherung der unteren Aeste des Zervikalplexus gekommen, denn als Vortragender die Pat. ca. 4 Wochen nach der Operation sah, bestand eine komplette Erbsche Lähmung mit Entartungsreaktion im

M. deltoides, brachialis int., biceps, brachioradialis und supinator brevis.

Nach 20 Fibrolysineinspritzungen (à 0,2 Thiosinamin) war die Narbenplatte völlig geschwunden und die Lähmung bildete sich ebenfalls im Laufe der nächsten 8 Wochen fast ganz zurück. Jetzt nach 4 Monaten besteht nur noch eine leichte Schwäche in den betreffenden Muskeln, die elektrische Erregbarkeit ist nur noch wenig quantitativ herabgesetzt.

Diskussion: Herr v. Wild fragt, ob die Thiosinamininjektionen besondere Schmerzen verursachen.

Herr Emanuel fragt, ob das Fibrom mikroskopisch untersucht ist und ob festgestellt ist, ob es sich vielleicht um eine vom Nervenbindegewebe ausgehende Geschwulst handelte.

Herr K. Herxheimer: Das Thiosinamin, das vor einer Reihe von Jahren von H. Hebra gegen Lupus vulgaris empfohlen war, ist im Gegensatz zu dem, was Herr Kalberlah gesagt hat, in Wasser unter Zusatz von Glyzerin löslich: Thiosinamin 1. Glyzerin 2, Wasser 10. Wir haben übrigens nicht über zu starke Schmerzen in den vielen Jahren der Anwendung klagen hören. Gegen Narben haben wir dasselbe nützlich gefunden, dagegen möchte ich vor Ueberschätzung des Thiosinamin bei Sklerodermie warnen, da diese Krankheit auch ohne Thiosinamin in das atrophische Stadium übergeht.

Herr Juliusberg bestätigt die Angaben Herxheimers bezüglich der Schmerzlosigkeit bei Anwendung der wässerigen Lösung mit Zusatz von Glyzerin. Der Nachteil, dass das Thiosinamin aus dieser Lösung ausfällt, soll beim Fibrolysin nicht bestehen. Das würde einen Vorteil des Fibrolysin bedeuten, wenn seine Wirksamkeit dem Thiosinamin gleichkommt.

Herr Vohsen: In der Ohrenheilkunde ist von Sugar und Hirschland das Thiosinamin resp. das Fibrolysin gegen die Anfangsstadien der sklerotischen Prozesse im Mittelohr empfohlen worden. Hirschland rühmt bei dem Fibrolysin den Vorzug der Schmerzlosigkeit bei intramuskulärer Injektion und der Haltbarkeit. Der Erfinder des Fibrolysins, Mendel, empfiehlt vorzüglich die intravenöse Injektion, von der die Herren keinen Gebrauch gemacht zu haben scheinen.

Herr L. Rehn: Die Versuche mit Fibrolysin sind fortzusetzen. Unsere Erfahrungen bei Gelenkkontrakturen scheinen etwas zu versprechen.

Herr Oehler fragt, ob eine Nervenverletzung bei der Operation oder eine Narkosenlähmung ausgeschlossen sei.

Herr Emanuel: Ich habe bei der Pat. multiple Fibrome auf der Haut der Brust und der Arme gesehen und möchte jetzt auch behaupten, dass der exstirpierte Tumor von dem Bindegewebe der Nerven ausgegangen ist. Es kann sich um den Zusammenhang mit einem kleinen Nervenstämmchen gehandelt haben, das leicht bei der Exstirpation zerriss.

Herr Kalberlah (Schlusswort): Die Vermutung des Herrn Oehler, es könne sich um eine direkte Verletzung des Plexus bei der Operation handeln, ist wohl bei dem ganz oberflächlichen Sitz des Fibroms und nach dem weiteren Verlauf der Erkrankung

als hinfällig zu bezeichnen, auch eine Narkosenlähmung kommt nicht in Betracht, da die Narkose nur wenige Minuten dauerte, der Arm auch bei der Operation nicht hochgeschlagen war.

Herr **Kalberlah: 2. Fall von neurotischer progressiver Muskelatrophie.**

Der 21 jährige Pat. ist erblich nicht belastet, auch sind ähnliche Erkrankungen in seiner Familie nie vorgekommen. Er erkrankte mit 17 Jahren schleichend mit Schwäche in Händen und Füssen, Taubheitsgefühl und Kribbeln in den Händen. Die Erkrankung führte allmählich zu hochgradiger Abmagerung der Hand- und Unterarmmuskulatur und zu Spitzfusstellung beider Füsse, so dass Pat. eine Durchschneidung der Achillessehnen vornehmen lassen musste. Seit ca. 2 Jahren besteht auch eine leichte Sehschwäche. Jetzt findet sich Neuritis optica beiderseits, degenerative Atrophie der kleinen Hand- und Unterarmmuskeln und der Muskulatur der Füsse, Unter- und Oberschenkel mit partieller Entartungsreaktion. Die Rumpfmuskulatur ist frei, nirgends finden sich Pseudohypertrophien. Sensibilitätsstörungen bestehen nicht. Die Patellarreflexe fehlen beiderseits. An dem Fall ist ungewöhnlich das Fehlen des familiären Charakters und das Vorhandensein der Neuritis optica. Doch passt diese letztere Störung sehr wohl in den Rahmen der spinal-neuritischen Muskelatrophie herein.

Diskussion: Herr Homburger: Ich habe den Pat. vor etwa $\frac{1}{2}$ Jahre im Siechenhause längere Zeit beobachtet und bin auf Grund der gleichen Ueberlegungen zu der gleichen Auffassung wie Herr Kalberlah gekommen. Bezüglich der Neuritis optica kann ich ergänzend hinzufügen, dass bei der Aufnahme des Pat. in das Siechenhaus eine floride Neuritis bestand, ferner war der Druck auf die Bulbi schmerzhaft. S beiderseits $> \frac{1}{3}$. Unter Anwendung grösserer Jodkalidosen (4—6 g) ging im Laufe von etwa 4 Wochen die Neuritis allmählich zurück, es trat eine Atrophie beiderseits auf, sowie deutliche Begleitstreifen an den Gefässen. Die S hob sich dann auf dem einen Auge auf $\frac{1}{3}$, auf dem andern auf fast $\frac{1}{2}$; auch der Stand der Atrophie der Muskeln ist jetzt der gleiche; die Neuritis optica stützt wesentlich die Diagnose einer spinal-neuritischen Muskelatrophie.

Herr **Leop. Schliep: Beitrag zur funktionellen Nierendiagnostik.**

Die üblichen Methoden der Prüfung der Nierenfunktion geben nur Auskunft über die Funktion der Niere als exkretorisches Organ. Eine Ausnahme hiervon bildet ausschliesslich die Phloridzinprobe; jedoch ist die nach Injektion von Phloridzin auftretende Zuckerausscheidung als ein pathologischer Vorgang zu betrachten, der kein Analogon im physiologischen Ablauf des Stoffwechsels hat.

Ein an die Niere gebundener physiologischer Vorgang ist die Synthese der Hippursäure aus Benzoësäure und Glykokoll (Bunge und Schmiedeberg). Der Verlauf der Hippursäureausscheidung konnte aber nicht als Grundlage einer

brauchbaren Methode der funktionellen Nierendiagnostik dienen, weil die Hippursäure keine einfach auszuführende qualitative Reaktion gibt, und die quantitative Hippursäurebestimmung in geringen Harnmengen praktisch nicht mit der genügenden Exaktheit durchführbar ist.

Ein vollkommenes Analogon zur Hippursäurebildung in der Niere ist die Salizylursäurebildung. Bei Verabreichung geringer Mengen salizylsauren Salzes paart sich fast die gesamte verabfolgte Salizylsäuremenge mit Glykokoll.

Neben der so entstandenen Salizylursäure wird nur ein kleiner Teil der Salizylsäure als solche ausgeschieden.

Die im Harn nach Verabreichung von Salizylsäure auftretende Reaktion mit Eisenchlorid ist sonach im wesentlichen auf Salizylursäure zu beziehen und kann einen Masstab nicht nur für die exkretorische, sondern gleichzeitig für die synthetische Fähigkeit der Niere liefern.

Die an einer grösseren Zahl von Nierengesunden und Nierenkranken angestellten Versuche lassen in der Tat erhoffen, dass die Verabreichung von Salizylsäure die Grundlage einer praktisch brauchbaren Methode der funktionellen Nierenprüfung liefern kann.

Die Versuche wurden an nahezu 50 Nierengesunden (teils normalen Personen, teils Patienten mit verschiedenartigen Erkrankungen) angestellt. Allen wurde morgens in nüchternem Zustande 0,5 g Natrium salicylicum per os verabreicht. Bei sämtlichen Versuchspersonen trat spätestens in der zweiten halben Stunde nach der Verabreichung eine intensive Eisenchloridreaktion ein. In 17 Fällen von Nierenerkrankung wurde die Prüfung in genau derselben Weise ausgeführt. In allen Fällen mit Ausnahme von zweien trat im Gegensatz zu sämtlichen Normalfällen innerhalb der zweiten halben Stunde nach der Verabreichung die Eisenchloridreaktion im Harn nicht auf.

Die Verspätung war eine verschieden hochgradige; in einigen Fällen war auch nach 24 Stunden noch keine Eisenchloridreaktion im Harn nachweisbar, während in anderen Fällen die Reaktion bereits innerhalb der zweiten Stunde oder der folgenden Stunden auftrat.

Die beiden erwähnten Ausnahmen lieferten nun bei näherer Untersuchung eine weitere Bestätigung für die Brauchbarkeit der von uns angewandten Methode. In dem ersten der beiden Fälle zeigte die getrennte Auffangung des Harns aus beiden Nieren mittels des Separators, dass es sich um eine einseitige Nierenerkrankung handelte: während nämlich der Harn der einen Seite innerhalb der zweiten halben Stunde nach der Verabreichung

des salizylsauren Salzes intensive Eisenchloridreaktion zeigte, war in dem Harn der anderen Seite keine Spur von Salizylursäure nachzuweisen.

Der zweite Fall war nach seinem ganzen Verlaufe als Stauungsniere aufzufassen, und es erscheint, da es sich hier also um keine eigentliche Parenchymerkrankung handelte, durchaus begreiflich, dass die synthetische Tüchtigkeit der Niere erhalten war.

Jedenfalls ermutigen die mitgeteilten Tatsachen zu weiteren klinischen Versuchen speziell bei einseitigen Nierenerkrankungen, zumal man bei diesen vielleicht auf eine einfache Weise den Ureterenkatheterismus umgehen könnte.

Lediglich ausgedehnte praktische Erfahrungen werden endgültig über den Wert der Methode entscheiden können.

Diskussion: Herr Marcus: Durch die Untersuchung wird vielleicht mancher Fall, der früher wegen negativer Salolprobe für Mageninsuffizienz erklärt wurde, als Nierenaffektion aufgeklärt werden.

Herr Berg rät, die Resultate, die man bei kranker Blase bei Anwendung des Luysschen Segregators hat, vorsichtig aufzunehmen, namentlich bei so hochgradiger Destruktion, wie sie die tuberkulöse Blase aufweist. Ohne Anwendung des Segregators aber scheint ihm die Methode wenig aussichtsvoll, da die durch das Nierensekret einer Seite hervorgerufene Reaktion sofort das ganze Blasenmedium färben und das zystoskopische Sehen beeinträchtigen wird. Für das souveräne Mittel aber zur Nierenfunktionsprüfung, den Ureterenkatheterismus, ist sie nicht anwendbar, da die Reaktion ja erst in der Blase erfolgen kann.

Herr Friedrich Straus weist darauf hin, dass die Methode keine in dem bisher gebräuchlichen Sinne funktionell-diagnostische darstelle und dass man, wolle man Verwirrung vermeiden, unter dem Namen der funktionellen Nierendiagnostik wohl zweckmässig die Methoden zusammenfasse, die eine quantitative Analyse der Urine beider Nieren gestatte. Sie ist ebensowenig eine funktionell-diagnostische wie die Indigkarminprobe, sondern in ihrem Effekt, wie diese, eine koloristische oder chromoskopische. Die Untersuchungen des Herrn Vortragenden bezogen sich auf Gesunde und Nephritiker, mit einer Ausnahme. Er erwähnte einen Fall von rechtsseitiger Nierentuberkulose und kam damit auf das Gebiet der chirurgischen Nierenerkrankungen. Verspricht hier die Methode etwas Neues zu leisten? Herr S. fand, dass das Sekret der gesunden Niere deutlich Eisenchloridreaktion zeigte, das der kranken nach 1 Stunde noch keine Reaktion gab. Analoges sieht man bei der Indigkarmininjektion. Doch hat letztere den Vorzug, dass bei ihr der Magen ausgeschaltet wird und die Farbenerscheinung rascher auftritt. — Die Urine waren mit dem Luysschen Segregator getrennt. St. hat mit diesem kein Glück gehabt. Ueberall da, wo er ihn an Stelle des Ureterkatheters zur quantitativen Trennung der Urine nötig hatte, hat er ihn im Stich gelassen. — Angenommen, die Ueberlegung, dass in der Blase der Eintritt der Reaktion, bei Fällung mit sehr verdünnter Eisen-

chloridlösung, zu sehen sei, möge praktisch richtig sein. Die Indigkarminprobe dürfte aber auch chromozystoskopisch den Vorteil voraus haben, dass bei ihr der Urinstrahl schon intensiv gefärbt aus dem Ureter herausspritzt.

Herr Embden: Magenstörungen hindern das rechtzeitige Auftreten der Salizylsäurereaktion bei Nierengesunden nicht, wie aus mehreren Versuchen an Magendarmkranken hervorgeht.

Herr Schliep (Schlusswort): Eine Blasenerkrankung stört das Auftreten der Eisenchloridreaktion nicht.

Was den Separator betrifft, so war es nicht meine Absicht, die Anwendung desselben besonders zu empfehlen. Wir haben vorgeschlagen, das Auftreten der Eisenchloridreaktion zystoskopisch zu beobachten. Sollte das nicht durchführbar sein, so kann man ja die Ureteren katheterisieren. Im Uebrigen scheint es mir sehr für die Brauchbarkeit des Separators zu sprechen, dass nach Darreichung von Salizylsäure eine so empfindliche Probe wie die Eisenchloridreaktion in dem mit dem Separator aufgefangenen Harn der einen Niere negativ ausfiel, während sie im Harn der anderen Niere intensiv vorhanden war.

Herr **Hans W. Hübner: Ueber den jetzigen Stand der Kenntnisse von der Spirochaete pallida.**

Der Vortragende gibt an der Hand der bereits erschienenen Arbeiten, Vorträge, Diskussionsbemerkungen über die Spirochaete pallida (an Zahl etwa 80) eine ausführliche Zusammenstellung über die bisherigen Befunde derselben bei den verschiedensten Erkrankungsformen der Syphilis, ferner über die publizierten Kontrolluntersuchungen sowie über die Methoden ihrer Färbung. Er hofft, dass zukünftige Arbeiten lehren werden, durch bessere Darstellungs-, vielleicht durch Züchtungsmethoden die Pallida von anderen, ihr ähnlichen Spirochätenarten noch sicherer zu unterscheiden. (Die Arbeit erscheint in extenso in der Dermatol. Zeitschr.)

Diskussion: Herr Sippel: Die Tatsache der germinalen Uebertragung der hereditären Lues darf man (nach Rosinski) wohl als bewiesen ansehen. Da nur ein Spermatozoon in das Ovulum eindringt, muss dieses Träger des Infektionsstoffs sein. In dem Spermakopf von ungefähr 4 μ Länge und 2—3 μ Breite hat aber eine Spirochäte keinen Platz. Es muss also, die Spirochäte als Krankheitserreger vorausgesetzt, eine um vieles kleinere Vorstufe derselben in dem Spermakopf sich befinden. Nach diesen Voraussetzungen wären vielleicht die Spermatozoen Luetischer das geeignete Objekt, um solche Vorstufen der Spirochäten — vielleicht zugleich die Träger des Latenzstadium — aufzusuchen.

Herr v. Wild: Nach den gegenwärtigen Anschauungen über Vererbung, wie sie auf dem diesjährigen Kongress für innere Medizin zum Ausdruck kamen, wird die Uebertragung der Syphilis vom Vater auf die Frucht wieder in Abrede gestellt und die kongenitale, also nicht hereditäre Syphilis in allen Fällen als Folge intrauteriner Infektion von seiten der Mutter angesehen.

Ordentliche Sitzung vom 18. September 1905.

Vorsitzender: Herr L. Rehn.

Schriftführer: Herr A. Nebel, später Herr Rosengart.

Demonstrationen:

Herr Trappe: **Pathologisch-anatomische Präparate.**

1. Aneurysmenbildung beider Arteriae femorales mit Thrombose bezw. Obliteration derselben. Aneurysmen der Aa. popliteae. Kollateralkreislauf durch die Aa. profundae femoris.

2. Aneurysma der Aorta thoracica und der A. anonyma.

3. Ureteritis mit aufsteigender Pyelonephritis, ausgehend von einem periappendizitischen Abszess.

4. Angiosarkom der Dura mater.

5. Hochgradig stenosierendes skirrhöses Adenokarzinom des Kolon sigmoideum.

6. Skirrhöses Adenokarzinom des Pankreaskopfes mit Kompression des Ductus choledochus und Wirsungianus.

7. Unvollständige Trennung der hinteren und rechten Aortenklappe.

8. Mehrere Wochen alter apoplektischer Herd der linksseitigen Stammganglien.

Diskussion: Herr Homburger: Die klinischen Symptome dieses Herdes, welcher die innere Kapsel und ausserdem den Nucl. lentiformis und Thal. opt. in ganzer Ausdehnung zerstörte, waren: dauernde Hypotonie (breites Bein Heilbronners) der Bein- und Armmuskulatur, Fehlen des reflektorischen Muskeltonus, aber Erhöhung der Sehnenreflexe, Hemianästhesie, kein Babinski. Auf das Fehlen des Babinskischen Reflexes bei Herden, welche ausser der Caps. int. auch die Stammganglien zerstören, hat H. 1902 aufmerksam gemacht. Im Verein mit den anderen Symptomen sichert dieses Verhalten die Diagnose der genannten ausgedehnten Läsion und stellt bezüglich der Wiederkehr der Motilität ein ungünstiges Zeichen dar.

Herr Harbordt: **Geplatzte Tubargravidität**, vor 3 Tagen operiert.

Herr Sippel: Die Verschiebungen in der klinischen Beurteilung und operativen Behandlung der Uterusmyome.

M. H.! Unser operatives Vorgehen gegenüber dem Uterusmyom wird im wesentlichen bedingt durch zwei Momente: durch die klinische Bedeutung dieser Geschwülste einerseits und durch die Prognose des zu ihrer Entfernung notwendigen Ein-

griffs andererseits. An sich ist das Myom ja eine im anatomischen Sinne gutartige Neubildung, aber diese anatomische Gutartigkeit ist nicht immer zugleich auch eine klinische. Die meisten Myome machen überhaupt keine Beschwerden. Häufig unerkannt, meist unbeachtet liegen sie in der Tiefe des Leibes und bedürfen keiner Behandlung. Andere Myome jedoch machen Beschwerden, und diese umfassen alle Grade körperlichen Leidens von einfacher Belästigung bis zu den intensivsten Schmerzen und hochgradigster Lebensgefahr. Demnach ist die klinische Bedeutung dieser Geschwülste eine von Fall zu Fall enorm verschiedene. Nicht unerheblich beeinflusst wird sie ausserdem noch durch die äusseren Verhältnisse, in welchen solche Myomkranke leben. Eine wohlhabende Frau, die sich schonen und pflegen kann, die Zeit und Geld besitzt, um in die Bäder zu reisen, die nicht zu arbeiten braucht, wird ceteris paribus den Nachteilen einer solchen Geschwulst länger Widerstand leisten können, als eine Frau aus Arbeiterkreisen, welche Tag für Tag bei oft kärglicher Nahrung sich anstrengender körperlicher Tätigkeit unterziehen muss. Im allgemeinen hat man entschieden die klinische Bedeutung der Myome in der Vergangenheit vielfach unterschätzt. Man stand zu sehr unter dem Banne des Bewusstseins, dass es sich ja doch um eine eigentlich bösartige Geschwulst nicht handele, und man sah die Nachteile zu gering an, welche durch dieselbe hervorgerufen wurden. Dies rührte zum Teil wohl daher, weil diese Nachteile in der Regel sehr allmählich in Erscheinung treten, so dass man sich gewissermassen an ihr Vorhandensein gewöhnte, zum Teil auch daher, dass Perioden stärkeren Leidens während der Menses mit verhältnismässig freien Intervallen in der Zwischenzeit abwechselten. — Gesteigert wurde das Bestreben nach zuwartender Behandlung durch die Tatsache, dass nicht selten mit dem Eintreten der Klimax eine Art Spontanheilung erfolgte mit Stillstand oder Rückgang der Erscheinungen. Ganz bedeutend gehemmt wurde ein operatives Vorgehen durch die grossen Gefahren, welche bis vor kurzem demselben noch anhafteten. Erlebte man doch 25—30 Proz. primärer Todesfälle im Anschluss an die Operation. Bei solchen Resultaten war es selbstverständlich, dass man die operative Behandlung der Uterusmyome nur in den Fällen direktester Lebensgefahr für berechtigt hielt. — Die Erfahrung hat uns nun im Laufe der Zeit gelehrt, die Schäden und Nachteile der Myome weit richtiger einzuschätzen als früher. Wir wissen, dass weit mehr Todesfälle durch das Myom hervor-

gerufen werden, als man in der Vergangenheit annahm; sei es, dass dieselben eine direkte Wirkung dieser Geschwulstform darstellen, sei es, dass sie auf dem Umwege der indirekten Schädigung anderer Organe zustande kommen. Eine Zusammenstellung von 42 operierten mit 27 gleichen, nicht operierten Fällen ergab, dass nach einer Reihe von Jahren von den ersteren keiner gestorben war, während von den letzteren inzwischen 7 verschieden waren, darunter 3 an Anämie, ein 4. an Anämie mit hinzugetretener Tuberkulose. Diese vergleichende Zusammenstellung ist ausserordentlich lehrreich und beweist, wie unvergleichlich günstiger die von den symptomemachenden Myomen befreiten Frauen gesundheitlich stehen, als diejenigen, welche die Geschwulst behalten. Ich selbst kenne aus der letzten Zeit 2 Todesfälle durch Verblutung, 3 durch Lungenembolie und einen weiteren, bei dem das Hinzutreten einer einfachen Bronchitis genügte, um die durch ein Myom aufs äusserste geschwächte Kranke hinwegzuraffen.

Eine Erfahrung der Neuzeit ist es ferner, dass gewisse Myome eine äusserst nachteilige, fast spezifisch erscheinende Wirkung auf das Herz ausüben. Wie diese Wirkung entsteht, ist uns noch unbekannt. Dass es nicht die Blutung allein ist, welche dazu führt, scheint daraus hervorzugehen, dass man beim Karzinom solche schwere Schädigungen des Myokards nicht beobachtet, obwohl es ebenso grosse und wiederkehrende Blutverluste hervorruft, wie das Myom, und ausserdem noch seine spezifische Kachexiewirkung auf den Körper hervorbringt. Freund sen. nahm bekanntlich eine direkte toxische Wirkung auf den Herzmuskel an. — Als eine unbestrittene Tatsache ist anzuerkennen, dass die Myome viele Frauen dauernd und auf Jahre hinaus in ihrer körperlichen Leistungsfähigkeit und in ihrem Lebensgenuss schwer beeinträchtigen oder völlig um ihre Arbeitsfähigkeit bringen. Andere Frauen, welche durch das Myom in ihrer Widerstandsfähigkeit schwer geschädigt sind, erliegen dem Hinzutreten einer geringfügigen sonstigen Erkrankung, durch die eine gesunde Frau kaum nennenswert beeinflusst werden würde. — Da der Eintritt der Klimax bei myomkranken Frauen sich gegenüber gesunden in der Regel um 5 Jahre und mehr verzögert, so ist dieser Umstand wesentlich in Rechnung zu stellen, wenn man bei Abmessung der zu ergreifenden therapeutischen Massnahmen den heilenden Einfluss der Wechseljahre ins Auge fasst. **Nach alledem steht fest, dass dem Myom vielfach eine weit ernstere klinische Bedeutung zukommt, als man bis vor kurzem anzunehmen geneigt war.**

Entsprechend dieser Erkenntnis ist denn auch unsere Indikationsstellung gegenüber dieser Geschwulstform eine andere, eine ausgedehntere geworden, als früher. Es war der Gynäkologie um so leichter möglich, ihre Indikationsstellung zu erweitern, als es ihrer fortschreitenden Technik und der entwickelten Asepsis gelungen ist, die einst so hochgefährliche Myomotomie zu einem nahezu lebenssicheren Eingriff zu gestalten. Todesfälle im Anschluss an die Operation erfolgen eigentlich nur noch durch Ileus oder durch Embolie. Ileus entsteht entweder durch Volvulus und ist dann meist die Folge von schlechter Narkose während der Operation und kann deshalb vermieden werden, oder er entsteht durch adhäsive Peritonitis. Letztere ist bei richtiger Technik nicht wohl möglich, da nirgends im Abdomen eine Wundfläche oder ein abgeschnürter Stumpf zurückbleibt, der zur Bildung von Verwachsungen Anlass geben könnte. Die Bauchhöhle enthält lediglich eine lineare Naht des Peritoneum nach dem Becken zu und nach oben hin. Die Gefahr der Embolie wird wesentlich herabgesetzt, wenn man nicht zu spät operiert, sondern bei noch leidlich erhaltener Herzkraft, wenn man nicht Chloroform sondern Aether verwendet, wenn man vor Schluss der Bauchhöhle eine reichliche Menge physiologischer Kochsalzlösung in dieselbe giesst, um den Gefässinnendruck in den ersten Stunden nach der Operation zu heben, und wenn man schliesslich die Operierte nach meinem Vorschlag zweimal 24 Stunden in mässiger Hängelage lässt, um eine Anfüllung der durchschnittenen ektatischen Beckenvenen zu verhindern. Da in diesen mit Notwendigkeit eine Stase eintritt, muss es zur Thrombenbildung kommen, die sich unter Umständen bis in das Lumen der noch in Zirkulation befindlichen zentralwärts gelegenen Vene fortsetzt und die Gefahr der Embolie verursacht.

Ich möchte noch einmal betonen: Nur das wirklich krankmachende Myom bedarf der Behandlung, aber auch bei diesem hat wieder eine sehr verschiedenartige Beurteilung Platz zu greifen. Eine Frau von 30 Jahren wird man z. B. operieren müssen, während man bei einer 50 jährigen unter gleichen Verhältnissen zuwarten kann, ob nicht die Klimax mit ihrer günstigen Eiwirkung früh genug eintreten wird. Eine gut situierte Frau wird man länger symptomatisch und palliativ behandeln können, als eine Arbeiterin, die sich Arzt, Arznei, Ruhe und Pflege nicht in gleichem Masse gestatten kann, als erstere. Nicht selten wird bei solchen Frauen auch die vollkommen verlorene Erwerbsfähigkeit dringend zu einem Eingriff nötigen.

Ich möchte die Indikation für unser operatives Vorgehen und für unser Vorgehen gegenüber dem Myom überhaupt folgendermassen formulieren: Jedes symptom- und beschwerdenmachende Myom bedarf der ärztlichen Beobachtung und Behandlung. Verursacht das Myom profuse schwächende Blutungen, welche zu dauernder erheblicher Herabsetzung des Hämoglobingehaltes führen, wächst es rasch, namentlich bei intraligamentärem Sitz, macht es Schmerzen und heftige Beschwerden, führt es zu Kompressionserscheinungen im kleinen Becken, verursacht es schwere Schädigung des Herzmuskels, oder verjaucht es gar, dann muss es operiert werden. Dabei soll man nicht warten, bis die Kranken aufs äusserste heruntergekommen sind und kaum noch einen Eingriff vertragen können, wie es leider immer noch geschieht, sondern man soll in Anbetracht der ernsten klinischen Bedeutung solcher Fälle einerseits und in Anbetracht der ausserordentlich günstigen Operationsresultate der modernen Gynäkologie andererseits sich zeitig zu der erforderlichen Operation entschliessen. Man soll dies um so eher tun, je weiter sich die Kranke von dem mutmasslichen Zeitpunkte der Klimax mit ihrer häufigen spontanen Heilwirkung gegenüber gewissen Myomformen noch entfernt befindet."

Aber nicht nur auf auf eine Beseitigung der Gefahren der Myomotomie beschränkte sich die Entwickelung der Gynäkologie. Sie steckte ihre Ziele wesentlich höher. Während man sich früher die Aufgabe stellte, lediglich die Neubildung mit dem Uterus zu entfernen ohne Rücksicht auf Uterus, Ovarien und übrigen Organismus, eine Aufgabe, welche trotz ihrer durch die Rücksichtslosigkeit in der Ausführung bedingten Einfachheit nur sehr mangelhaft gelöst wurde, verlangen wir heute von der Myomoperation ausserordentlich viel mehr. Vor allem wurde auch hier das konservative Prinzip voll zur Geltung gebracht. Sodann erfordert eine jede derartige Geschwulst gewissermassen eine individuelle Indikationsstellung und Behandlung. Je nach Sitz und Grösse des Tumors erstreben wir eine Erhaltung oder Beseitigung des Uterus selbst und eine ventrale oder vaginale Operation. Je nach dem Alter der Patientin ist die Ovulation und Menstruation, ja sogar die Konzeptions- und Gebärfähigkeit zu erhalten oder unberücksichtigt zu lassen. Die Ovulation ist zu erhalten, um die nach den alten Myomotomien im geschlechtsfähigen Alter wegen gleichzeitigen Opferns der Ovarien fast regelmässig auftretenden schweren Ausfallserscheinungen zu vermeiden. Für die Erhaltung der Konzeptions- und Gebärfähigkeit jüngerer kinderloser Frauen bedarf es nicht erst der Anführung

besonderer Gründe. Was in dieser Hinsicht geleistet wird, mag Ihnen folgendes beweisen: Nach einer vor kurzem durch Winter mitgeteilten Statistik sind 37 Frauen, bei welchen die Enukleation der Myome mit Erhaltung des Uterus vorgenommen wurde, schwanger geworden. Davon kamen 3 zu früh nieder, 6 abortierten, 26 trugen aus und kamen rechtzeitig nieder, 2 waren bei Aufstellung der Statistik noch schwanger. Von den 26 austragenden Frauen gebaren nach der Operation eine 3 mal, eine 4 mal, eine 5 mal, zwei je 6 mal. Die übrigen je 1 mal. Im ganzen sind 45 Kinder am normalen Ende der Schwangerschaft geboren, die sämtlich nicht existiert hätten, wenn nach alter Methode radikal operiert worden wäre. Diese Zahlen sprechen für sich selber. Sie bedeuten einen reichen Gewinn an Familienglück und an Menschenleben.

Ich bitte Sie nun, mir zu gestatten, dass ich Ihnen mit wenigen Worten Rechenschaft darüber ablege, was unter Befolgung der von mir soeben entwickelten Anschauungen bisher in meiner Klinik erreicht wurde.

Seit dem 1. Januar vorigen Jahres, von welchem Zeitpunkt ab ich die neuen Beurteilungen des Uterusmyoms und seiner operativen Behandlung meinem Handeln zugrunde legte, wurde 27 mal wegen dieser Geschwulst operiert. 5 mal wurde der vaginale Weg eingeschlagen, davon 3 mal die Totalexstirpation ausgeführt mit Erhaltung der Ovarien, 2 mal die Enukleation submuköser Myome. In allen 5 Fällen gaben Blutungen die Veranlassung zur Operation. Besonderes ist darüber nicht zu sagen. Ich möchte nur an dieser Stelle betonen, dass ich die Forcierung der vaginalen Operation verwerfe und dass ich nur bequem erreichbare Tumoren auf diesem Wege angreife. Im übrigen ist heute der abdominale Weg vorzuziehen. Er ist chirurgisch richtiger, die Technik ist sicherer, die Blutung im Gegensatz zur vaginalen Operation gleich Null, was für ausgeblutete Frauen von grosser Wichtigkeit ist, und die Prognose bei Beherrschung der Technik und Asepsis gerade so gut, wie bei dem vaginalen Vorgehen.

In 22 Fällen wurde der ventrale Weg gewählt.

In 4 Fällen wurde das konservativste Verfahren gewählt: Enukleation des oder der Myome aus dem Uterus mit Erhaltung dieses Organes. Die Indikation gab 1 mal Blutung, 3 mal hochgradige Schmerzen. In einem Fall handelte es sich um gleichzeitige Retroflexio uteri und feste Verwachsung des myomatösen Uterus und seiner Adnexe im Douglas. Der Uterus wurde hierbei zum Schluss ventrifixiert. Die Enukleation der Myome mit Erhaltung des Uterus ist zweifellos theoretisch das idealste Verfahren. Es hat aber ein Bedenken. Bei der meist multiplen Anlage der Myomkeime ist man nie sicher, ob nicht nach Enukleation der vorhandenen Geschwülste sich doch noch Keime in der Uteruswand befinden, aus denen ein Rezidiv hervorgehen kann. In der Tat sind nach dieser Operation des öfteren Rezidive aufgetreten. Deshalb, glaube ich, soll man sie auf solche

Frauen beschränken, welche nicht mehr lange bis zur Klimax haben, also weniger Wahrscheinlichkeit bieten, noch rezidiv zu werden, sowie auf jüngere Frauen dann, wenn sie bestimmt die Konzeptionsfähigkeit erhalten haben wollen. Wir sind hierzu berechtigt einmal wegen der schönen Erfolge in bezug auf nachfolgende Geburten, sowie deshalb, weil bei der heute so guten Prognose der Myomoperation auch ein Rezidiv nicht besonders zu fürchten ist.

Noch in einem weiteren Fall wurde ein grosses, vom Fundus uteri ausgehendes Myom mit Erhaltung des Uterus selbst entfernt. Hier war die Not die Veranlassung zu dem Vorgehen. Bei einer aufs äusserste geschwächten Frau mit schwerer Myokardentartung bestand ein über kindskopfgrosses subseröses Myom des Fundus, das zu heftigen Schmerzen Veranlassung gab. Gleichzeitig bestanden multiple subseröse, intramurale und submuköse Myome des Korpus, welche zum grossen Teil intraligamentär entwickelt waren, das ganze kleine Becken ausfüllten und zu sehr profusen Blutungen führten. Ich beschränkte mich auf die Entfernung des Fundusmyoms, da die gleichzeitige Entfernung der intraligamentären Tumormassen von dem stark dilatierten insuffizienten Herzmuskel nicht ausgehalten worden wäre, und führte die glücklicherweise leicht mögliche Kastration aus. Der Fall heilte reaktionslos, indessen machte uns in der Rekonvaleszenz und auch später das Herz viel zu schaffen. Die Blutungen blieben völlig aus. Nach einem halben Jahr fühlte man den Uterus nur noch wenig vergrössert. Die Patientin war geheilt. Sie sehen, wie man sich dem einzelnen Fall individuell anpassen muss. Sie sehen ferner, dass auch unter den heutigen Anschauungen es noch Situationen gibt, in denen die Hegarsche Kastration ihre volle Berechtigung findet. Ich habe dieselbe noch in 2 weiteren Fällen ausgeführt, 1 mal bei einer Phthisika mit befriedigendem Lungenbefund. Es bestand Verdichtung der einen Lungenspitze ohne Verflüssigungserscheinungen und ohne Fieber bei gutem Allgemeinbefinden, das jedoch durch starke Myomblutungen erheblich beeinträchtigt wurde. — Hier galt es, eine kurze Narkose zu haben und rasch zu operieren. Die Blutungen hörten vollständig auf, das Myom schrumpfte, die Frau erholte sich sehr und hält sich heute, nach ³/₄ Jahren, für vollständig gesund. Im 2. Fall bestand bei einer stark ausgebluteten Frau ein nach dem Kavum zu entwickeltes Korpusmyom und gleichzeitig ein intraligamentär entwickeltes Zervixmyom. Auch hier liess mich das Allgemeinbefinden der Frau die Kastration wählen. Der Fall heilte glatt, jedoch trat nach kurzer Zeit — vielleicht unter dem Einfluss der Kastration — Gangrän und Verjauchung des submukösen Myoms auf. Dies machte die nachträgliche ventrale Totalexstirpation nötig, wodurch die Frau ihrer definitiven Heilung zugeführt wurde. Der Fall lehrt, dass man mit Ausführung der Kastration doch vorsichtig sein soll, namentlich bei submukösen Tumoren. Hierher gehört ferner ein Fall, der als Unikum anzusehen ist. Es handelte sich um ein zweifaustgrosses Korpusmyom mit starken Blutungen. Gleichzeitig bestand ein im Douglas fest adhärenter, im Becken eingekeilter gangränöser Ovarialtumor und diffuse Peritonitis. Der Ovarialtumor komprimierte die Zervix so fest gegen die Symphyse, dass der Aus-

fluss des Blutes aus dem Cavum uteri aufs äusserste erschwert war und nur unter den heftigsten Wehenschmerzen und auch so nur unvollständig stattfand. Die Folge davon war Hämatometra und doppelseitige starke Hämatosalpinx, wie sie sonst nur bei Atresien der Genitalien beobachtet werden. Es wurde der Ovarialtumor, die beiderseitigen fest verwachsenen Hämatosalpinxsäcke mit dem ganzen Ligamentum latum und dem zweiten Ovarium entfernt und der Uterustumor in Anbetracht des schwer kranken Zustands der Frau belassen, die Bauchhöhle ausgewaschen und noch oben drainiert. Die Patientin, welche am Abend vor der Operation 39,8 hatte, mass am Abend des Operationstages 38,3, war am nächsten Tag fieberfrei und machte eine ungestörte Rekonvaleszenz durch. Die Blutungen hörten auf, das Myom schrumpfte, und heute, 1½ Jahr später, erfreut sich die Frau blühender Gesundheit und voller Arbeitsfähigkeit.

5mal wurde die ventrale Totalexstirpation vorgenommen, 2 Fälle davon wurden am 2. Tag der Menses operiert. Diese waren unter Einfluss der psychischen Erregung vorzeitig eingetreten. Ihr Vorhandensein gab jedoch keinen Anlass, die vorbereitete Operation aufzuschieben.

9mal wurde der myomatöse Uterus supravaginal amputiert. Die letzte Operation nimmt weniger Zeit in Anspruch als die Totalexstirpation, und ist deshalb im allgemeinen vorzuziehen. Nur in den Fällen, wo nach Enukleation grosser intraligamentärer Myome ausgedehnte retroperitoneale Wundhöhlen zurückbleiben, ist die völlige Entfernung des Uterus vorteilhafter, weil danach eine bequeme und ausgiebige Drainage der Wundhöhle nach der Scheide hin möglich ist. Ich nehme ferner die Zervix vollständig mit fort, wenn die Asepsis des Cavum uteri nicht ganz zuverlässig scheint. Das ist der Fall bei Gangrän des Myom, ferner nach Sondierungen, die aus diesem Grunde von mir vor ventralen Myomoperationen grundsätzlich nicht vorgenommen werden, sowie inter menses. Der aseptische Abschlus des Cavum uteri wird durch den im Zervix befindlichen Schleimpfropf für gewöhnlich gewährleistet. Dieser fehlt aber während der Menses. Die totale Entfernung des Uterus wird ferner vorgenommen, wenn Zervix oder Portio selbst erkrankt sind. Eine verhältnismässig grosse Anzahl dieser Fälle bot recht komplizierte Verhältnisse und ausgedehnte extraperitoneale Entwicklung der Geschwulst.

Sämtliche 27 Fälle sind glatt geheilt. Nur in dem Falle von verjauchtem Myom bestanden leichte Fiebererscheinungen während der ersten Tage infolge von Resorption. Ferner bestand einige Tage hindurch mässige Temperatursteigerung nach einer supravaginalen Amputation bei enormer intraligamentärer Entwicklung eines Myom ebenfalls infolge von Resorption aus der Bindegewebswunde des Beckens. In keinem der beiden Fälle nahmen die Erscheinungen einen irgendwie ernsteren Charakter an. Die Bauchhöhle selbst blieb jedesmal unbeteiligt. Es wurde also das ideale Resultat von 100 Proz. Heilungen erreicht. Hinzufügen möchte ich noch, dass in meiner Klinik keine Auswahl der Fälle im Interesse der Statistik erfolgt. Jeder Fall, für den eine Indikation besteht, wird operiert.

Mein Material kann naturgemäss kein besonders grosses sein und nicht mit dem grosser öffentlicher Krankenhäuser konkurrieren. Es scheint mir aber gleichwohl hinzureichen, um Ihnen eine kleine Vorstellung von den Verschiebungen zu geben, welche sowohl bezüglich der klinischen Beurteilung als der operativen Behandlung der Uterusmyome im Laufe der letzten Jahre eingetreten sind, und es scheint mir zu genügen, um Ihnen einen Einblick zu geben in die Leistungsfähigkeit der modernen Myomoperation einerseits, soweit die absolute Heilung in Frage kommt, und in die Mannigfaltigkeit der Wege andrerseits, welche zur Erreichung dieser Heilungen je nach der Lage des einzelnen Falles eingeschlagen werden können oder müssen.

Diskussion: Herr Scheffen erwähnt zur Beleuchtung der Tatsache, dass entgegen der alten Erfahrung oft gerade erst zur Zeit des Klimakteriums Myome Beschwerden machen, die sie zum Arzte führen und diesen zum operativen Eingriff zwingen, einen Fall, in dem er bei einer 50 jährigen Frau ein kolossales intraligamentäres Myom entfernen musste, das erst in den letzten Monaten enorm gewachsen war und zu Urin- und Stuhlbeschwerden geführt hatte.

Herr Buecheler kann dem Vortragenden in allem wesentlichen zustimmen, von Einzelheiten abgesehen, wie z. B. der Annahme, dass Ileus durch Volvulusbildung nach Köliotomie nur infolge schlechter Narkose auftrete. Doch möchte er einen von S. nicht berührten Punkt betonen, die Frage nämlich, ob und wieweit die Kastration als solche die Ursache des auf sie oft folgenden Wachstumsstillstandes oder der Zurückbildung der Myome sei. B. beobachtete folgenden Fall: Bei einer der Klimax nahen Pat. verursachte das stetig wachsende Myom, an Grösse schliesslich einem im 7.—8. Monat schwangeren Uterus entsprechend, neben heftigsten Allgemeinbeschwerden eine solche Behinderung der Blasen- und Mastdarmfunktionen, dass gleichsam aus indicatio vitalis operiert werden musste. Trotzdem wurde bei der äusserst elenden Frau die Bauchwunde einfach wieder geschlossen, da die ausgedehnten festen Verwachsungen der ganzen Geschwulstoberfläche mit Netz und Därmen nicht einmal so weit ohne grössere Läsionen zu lösen waren, dass die Adnexe erreicht werden konnten. Ueber alles Hoffen erholte sich Pat. von Stund an und konnte bald fast beschwerdefrei entlassen werden; nach wenigen Monaten war der myomatöse Uterus kaum mehr kindskopfgross. Wäre hier die Kastration gelungen, so hätte man zweifellos dieser den fabelhaften Erfolg zugeschrieben. Natürlich sind solche Ausnahmefälle nicht für die Indikationsstellung heranzuziehen. Jedenfalls werden die Anwesenden dankbar sein für die knappe und klare Auseinandersetzung, wie aussichtsreich die Myombehandlung ist, wenn, was Hauptsache bleibt, die Pat. rechtzeitig sachverständig beraten werden. Im übrigen freut B. sich, dass man jetzt allgemein, von der modernen Technik abgesehen, nach eben den Grundsätzen verfährt, die sein leider schon vor 12 Jahren verstorbener genialer Chef Kaltenbach lehrte.

Herr Fleck richtet die Aufmerksamkeit auf die häufigen Herzerkrankungen bei Myom und speziell auf diejenigen, bei denen keine Blutungen vorhanden sind, und sieht in dem frühzeitigen Auftreten von Herzsymptomen eine Indikation zur Operation.

Herr Hirschberg: Die Ausführungen des Herrn Vortragenden werden gewiss für jeden Kollegen ein Ansporn sein, Klientinnen mit starken Myomblutungen die Operation zu empfehlen. Wir machen aber sehr häufig die Erfahrung, dass Frauen der besseren Stände nicht zur Operation zu bewegen sind; sie berufen sich bei ihrem Widerstand darauf, dass ja mit dem Eintritt der Klimax Blutungen und Beschwerden aufhörten. Schliesslich müssen wir doch auch diesen Frauen unsere Hilfe angedeihen lassen und da möchte ich doch darauf hinweisen, dass ich über eine grössere Anzahl von Beobachtungen verfüge, die den grossen Wert der Tamponade beweisen; dieselben wurden von mir selbst allerdings bei jeder starken Periodenblutung 1—2—3 mal ausgeführt und das bei manchen Damen während eines Zeitraumes von 10—15 Jahren und darüber. Sie erfreuen sich jetzt nach der Menopause ausgezeichneter Gesundheit. Nur eine, die die Operation entschieden ablehnte, hat sich allmählich ausgeblutet; viele andere, denen die Verhältnisse freilich ein ruhiges Leben gestatteten, gehören zu meinen dankbarsten Klientinnen.

Herr Flesch: Gegenüber der Auffassung, dass die herannahende Klimax kein Grund sei, von der Operation abzusehen, weist uns die Natur auf die von Herrn Sippel vorgetragene Auffassung, hier sich konservativ zu verhalten. Selbst riesige Tumoren, die durch lange Zeit beobachtet waren, gehen, wie die spätere Sektion dem Redner wiederholt gezeigt hat, so vollständig zurück, dass der Uterus normal erscheint. Das Fortbestehen der Menstrualblutung aus dem Zervixstumpf nach supravaginaler Amputation weist darauf hin, dass man zweckmässig mit dieser die Entfernung beider Ovarien verbinden soll, um der Natur folgend die Klimax zur Heilung zu verwenden. Auch die Auffassung Herrn Flecks, dass die Veränderungen des Herzens, die mit dem Myom einhergehen, eine Indikation zur Operation abgeben, bedarf des Widerspruches. In mehreren Fällen hat Redner in viva 2 mal, aber auch bei der Sektion der oben erwähnten spontan geheilten Fälle die vollständige Restitutio in integrum des vorher schwere Symptome hervorrufenden kranken Herzens feststellen können. Es kann gerade die zunehmende Steigerung der Herzsymptome zur Indikationsstellung beitragen.

Herr Bruck-Nauheim: Bei einer grossen Anzahl von Patientinnen in Nauheim beobachtete ich Myome des Uterus. Diese Patientinnen gehören der Regel nach zu der Kategorie der Herzneurosen, Myokarditis und frühzeitiger Arteriosklerose. Daraus erhellt wohl klar, dass das Myom ein ätiologischer oder mindestens prädisponierender Faktor für Entstehung von Herzerkrankungen ist. Aus diesem Grunde wird der Frage einer möglichst frühzeitigen Operation stets näher zu treten sein. Dass eine zeitig vorgenommene Operation dem Eintritt einer Herzaffektion vorbeugen oder mindestens eine schon bestehende wesentlich günstig beeinflussen kann, ist wohl damit zu begründen, dass in solchen Fällen, wo bei Eintritt der Klimax das Myom schrumpft, auch die Herzbeschwerden sich fast stets beträchtlich vermindern.

Herr Eiermann beglückwünscht den Herrn Vortragenden vor allem zu seinen operativen Erfolgen, schliesst sich seinen Aus-

führungen an und betont besonders, dass tatsächlich Myomenukleationen nur dann vorgenommen werden sollen, wenn dies direkt notwendig oder dringend wünschenswert ist, da sonst Rezidive zu befürchten sind, wie dies dem Redner bei 2 in der Mitte der 30 er stehenden Nulliparis begegnet ist. Redner wendet sich sodann gegen den zuletzt von Herrn Fleck gemachten Unterschied zwischen Herzsymptomen und anatomischer Herzerkrankung (Myokarditis). Da ja auch diese Symptome machen und wir in der Praxis und an der Lebenden uns nur an diese Symtome halten können, so haben wir volles Recht, bei schweren Blutungen oder sonstiger Notwendigkeit zur Operation zu schreiten, selbst auf die Gefahr hin, dass eine irreparable Herzerkrankung vorliegt. Denn diese wird durch eine Operation keinesfalls verschlechtert.

Herr L. Rehn empfiehlt nach Myomotomien nicht, wie der Vortragende verlangt, die Tieflegung des Kopfes und Erhöhung des Beckens in der Nachbehandlung, sondern umgekehrt Hochlagerung des Rumpfes. Die Atmung und die Herztätigkeit wird dadurch ganz anders möglich sein.

Herr Sippel (Schlusswort) weist zunächst darauf hin, dass er nur die bezüglich der klinischen Beurteilung und operativen Behandlung der Myome erfolgten Verschiebungen in das Bereich seiner Erörterungen hat ziehen wollen. Die ganze Myomfrage lasse sich nicht in den Rahmen eines Vortrags spannen. — Herzaffektionen bei Myom gäbe es dreierlei: nervöse, anämische (Insuffizienz des Herzmuskels und Dilatation) und degenerative. Erstere beide seien durch Myomotomie heilbar, letztere nicht. Das Punctum saliens sei, möglichst zu operieren, ehe Degenerationen eingetreten seien. — Die Fälle von Buecheler legen die Annahme einer zufälligen Koinzidenz von Operation und Klimax nahe. In dem einen Fall von raschem Wachstum vor der Operation habe es sich wohl um Thrombose mit venöser Stauung gehandelt, die sich später durch Kollaterale ausgeglichen habe. — Der Vorschlag Rehns, die Operierten hoch zu lagern, um ausgiebige Atmung zu erzielen, sei diskutabel. Indessen hält Sippel vor allem ein sicheres Leerbleiben der durchschnittenen stark erweiterten Venen für das Wesentliche. Er wird deshalb dabei bleiben, die Operierten in Hängelage zu lassen. Seit er dies tut, hat er keine Embolie mehr erlebt. Pneumonien hat er, ausser einer wirklichen Aetherpneumonie, bei seinen viele Hunderte umfassenden Laparotomien nie gesehen. Uebrigens habe auch Lennander einige Jahre nach S. den Vorschlag der Hängelage gemacht. Die von Hirschberg empfohlene Tamponade habe wohl jeder schon ausgeführt, der solche Fälle überhaupt behandle. Sie könne aber weder die kranken Frauen gesund machen, noch den Verblutungstod verhüten, da das schliesslich hochgradig hydrämisch werdende Blut ohne zu gerinnen durch den Tampon hindurchfliesse.

Ordentliche Sitzung vom 2. Oktober 1905.

Vorsitzender: Herr L. Rehn.
Schriftführer: Herr A. Nebel.

Demonstrationen:

Herr Albrecht: **Pathologisch-anatomische Präparate.**

Lobulärpneumonie bei substantiellem Emphysem.

Miliare Tuberkulose bei Knochentuberkulose der 7. Zwischenwirbelscheibe. Aortatuberkel?

Chronische Pyämie im Anschluss an Mediastinalabszess.

Rekurrierende Endokarditis der Mitralis im Anschluss an Angina. Tod durch Hirnembolie.

Carcinoma simplex der rechten Mamma bei Fibrosarkommetastasen der linken Achselhöhle und (subkutan) der rechten Regio deltoidea nach linksseitigem Fibrosarkom der Mamma.

Diskussion: Herr Brodnitz: Die Patientin, welcher vor 10 Monaten von mir ein Fibrosarkom der l. Mamma entfernt worden ist, hat lokal kein Rezidiv bekommen, hingegen ist jetzt an der l. Achsel ein kleiner Tumor aufgetreten, welcher sich als Fibrosarkom in einer Drüse entwickelt hat. Der Tumor in der r. Mamma, welchen ich jetzt entfernt habe, ist ein Karzinom, ein weiterer kleiner Tumor auf der r. Schulterhöhe ist wiederum ein Fibrosarkom. Dieses muss als Metastase angesehen werden, da die Patientin seit einiger Zeit auch unter Krampfhusten zu leiden hat, der erfahrungsgemäss häufig der Ausdruck der Metastase ist.

Herr Baerwald: M. H.! Im Februar d. J. hatte ich Gelegenheit, anlässlich des Berichtes über einen Kaiserschnitt an einer an eitriger Zerebrospinalmeningitis erkrankten Frau über den Vorteil der **fortlaufenden Katgutnaht zur Vereinigung der Uteruswunde** vor Ihnen zu sprechen. Beifolgender heute von mir durch vaginale Totalexstirpation gewonnene Uterus, an welchem vor 5 Jahren von anderer Seite aus absoluter Indikation der Kaiserschnitt ausgeführt wurde und bei welchem auch fortlaufend mit Katgut genäht wurde, zeigt Ihnen die ausserordentlich feine exakte, nur auf der Mukosa noch nachweisbare Narbe, die sich auf diese Weise erzielen lässt. Noch ein Kuriosum bot der Fall: Nach dem Abschieben der Blase und dem Oeffnen der vorderen Peritonealtasche blieb ich bei Eindringen mit dem Finger an einer Spitze hängen — bei näherem Nachfühlen konnte ich diese ab-

gebrochene, stark gekrümmte Nadel zutage fördern; sie steckte in der Uterussubstanz der vorderen Wand und ragte offenbar ein Stückchen hinter der Blase in die freie Bauchhöhle. Erscheinungen hat sie, soweit mir bekannt, nicht gemacht — auch nicht von seiten der Blase, in welche der Fremdkörper ja leicht hätte einwandern können. Anlass zu der Totalexstirpation gab ein erheblicher Prolaps der Vagina und des Uterus — eine derartige Erschlaffung des Beckenbodens, kompliziert mit Retroflexio, dass Pat. erhebliche Beschwerden hatte und ganz erwerbsunfähig war. Es war also die Aufgabe, sie arbeitsfähig zu machen; das konnte nur geschehen, wenn sie vor Rezidiven geschützt war. Dazu hätte man eine den Uterus fixierende Operation anschliessen müssen. Bei der Wahl des eingeschlagenen Weges musste das Verlangen der Pat. massgebend sein, nicht wieder der Gefahr der Sectio caesarea bei eintretender Schwangerschaft ausgesetzt zu werden, für welche bei einer Konjugata von knapp 6 cm eine absolute Notwendigkeit vorgelegen hätte. Der Entschluss, den Uterus zu exstirpieren, fiel leichter, weil das durch die damalige Sektio entwickelte Kind kräftig und gesund geblieben ist.

Diskussion: Herr Siegel erwähnt, dass er bei einer Herniotomie wegen eingeklemmten Bruches eine Nadel im inkarzerierten Netz gefunden habe, welche vor vielen Jahren verschluckt worden war.

Herr Berlizheimer: Von Interesse ist, dass die Nadel etwa 10 Jahre früher starke Magenschmerzen verursacht hat, die durch mehrere sehr energische Ulcuskuren behandelt wurden, aber ohne jeden Erfolg. Erst in den letzten 2 Jahren sistierten die Schmerzen, nachdem sich die Nadel im Netz eingekapselt hatte. Die Frau, eine Schneiderin, musste nichts davon, dass sie eine Nadel verschluckt hatte.

Herr **Brodnitz: Die Diagnose der Blutergelenkerkrankung.** (Krankendemonstration.)

M. H.! Im Jahre 1892 schrieb Koenig eine Monographie über Gelenkerkrankungen bei Blutern, in der er diese Gelenkaffektionen nicht, wie es bisher geschah, als rheumatisch, gichtisch oder tuberkulös ansah, sondern als eine spezifische Gelenkerkrankung charakterisierte. Er unterschied 3 Stadien: 1. den Hämarthros der Bluter, 2. das Stadium der Entzündung, die Panarthritis im Blutergelenk und 3. das regressive Stadium, welches zur bleibenden Deformität, zur Kontraktur, führt. Das erste Stadium, der Hämarthros der Bluter, unterscheidet sich in nichts von dem traumatischen Bluterguss; im zweiten Stadium, dem der Panarthritis, enthält das Gelenk eine bräunlich-seröse Flüssigkeit, Gerinnsel, die teilweise entfärbt in der Flüssigkeit umherschwimmen, zum Teile der Kapsel anhaften; die Kapsel selbst ist verdickt, sukkulent, von Blutfarbstoff imbibiert; an einzelnen Stellen beginnen Faserstoffauflagerungen an Kapsel und Knorpeloberfläche, es entstehen pigmentierte Zotten, der Knorpel fängt an sich zu verändern, aufzufasern, es entwickeln sich scharfrandige Defekte. Im dritten Stadium tritt die Vernarbung, die Schrumpfung des Bindegewebes ein mit ihren Folgen, der Versteifung und der Kontraktur.

Die Diagnose dieser Fälle ist von der grössten Wichtigkeit, da ein operativer Eingriff mit grösster Wahrscheinlichkeit einen tödlichen Ausgang zur Folge hat.

Sehr erleichtert wird begreiflicherweise die Diagnose, wenn man weiss, dass der Gelenkkranke Bluter ist resp. einer Bluterfamilie entstammt.

Dass es jedoch auch möglich ist, ohne diese Kenntnis die Diagnose mit Wahrscheinlichkeit selbst im ersten Stadium zu stellen, ist der Grund, weshalb ich Ihnen die kleine Patientin vorstelle.

Es handelt sich um ein 12 jähriges, sehr blasses Mädchen, angeblich aus gesunder Familie, welches vor 5 Jahren zum ersten Male ohne irgendwelche äussere Veranlassung eine Schwellung des linken Kniegelenks bekam, welche, ohne irgendwelche Beschwerden zu machen, plötzlich aufgetreten und nach einigen Tagen wieder geschwunden war; vor 2 Jahren wurde in gleicher Weise das rechte Kniegelenk befallen, auch sehr starke Schwellung ohne äussere Ursache, ohne Schmerzen, ohne Funktionsstörung, die ebenfalls nach kurzer Zeit schwand.

Vor 4 Wochen erkrankte die Patientin wiederum plötzlich ohne Veranlassung an einem rechtsseitigen Kniegelenkserguss und der behandelnde Arzt, welcher die Affektion für einen Hydrops genu ansprach, verordnete Massage, unter welcher jedoch die Schwellung zunahm. Das war die Ursache, dass ich konsultiert wurde. Ich konstatierte einen kolossalen Erguss, der zum grösseren Teile den oberen Rezessus des Kniegelenks erfüllte; das Kniegelenk wurde leicht flektiert gehalten, war nirgends schmerzhaft und konnte frei bewegt werden.

Die auffallende Blässe des Kindes, das wiederholte Befallensein verschiedener Gelenke ohne äussere Ursachen, die völlige Schmerzlosigkeit und die Verschlechterung des Zustandes durch die Massage veranlasste mich, dem Kollegen meine Ansicht dahin zu äussern, dass die Affektion nur entweder ein Hydrops tuberculosus oder ein Blutergelenk sein konnte. Die Punktion ergab 200 g flüssigen Bluts und hiermit war die Vermutungsdiagnose bestätigt. Nach 24 Stunden war der Bluterguss wieder in früherer Stärke vorhanden; ich verordnete absolute Bettruhe und Belastung des Kniegelenks mit einem Sandsacke; nach 8 Tagen war alles resorbiert und nur die Atrophie des Quadrizeps und eine leichte Verdickung der Gelenkkapsel deutete auf die Schädigung des Gelenkes hin. Wann ein erneuter Erguss auftreten wird, wird die Zukunft lehren.

Die Photographie, die ich Ihnen herumreiche, zeigt den Erguss nach der Punktion; das Röntgenbild, welches ich jetzt nach der Abschwellung aufnehmen liess, zeigt keine Besonderheiten.

Die Diagnose ist von allergrösster Bedeutung für die Therapie; K o e n i g sagt, die Frage, was man bei dem Blutergelenk tun soll, tritt vollkommen zurück gegenüber der Frage, was man lassen soll. Man soll nicht massieren, man darf nicht operieren, auch nicht im Stadium der Kontraktur. Man kann versuchen, die Resorption des Blutergusses durch die Punktion zu fördern, im übrigen wird man Bettruhe verordnen und darauf achten, dass keine Deformitäten auftreten; zeigt sich eine Neigung zur Kontraktur, so wird man dieselbe durch Gipsverband oder Apparate bekämpfen. Hier in diesem Falle habe ich Gelatine verordnet, dauernd zu nehmen, täglich 20—30 g, hoffentlich beugt dieselbe einem Anfalle vor.

Also kurz zusammengefasst wird man an Blutergelenk zu denken haben bei jeder Gelenkaffektion in Bluterfamilien, dann aber auch, sobald bei sehr blassen Kindern öfters und ohne äussere Veranlassung Gelenkschwellungen auftreten, die ohne Schmerzen und ohne Funktionsstörungen einhergehen.

Die Erkrankung ist zwar selten, aber nicht so selten, als dass man sie nicht kennen müsste.

Diskussion: Herr Vohsen berichtet über einen Fall von Hämophilie mit Blutung ins Hüftgelenk. Die Hämophilie war durch schwer stillbare Blutung beim Durchbruch des I. Molaris und heftige Blutungen aus dem Septum narium zur Diagnose gekommen. Gelatine erwies sich von günstigem Einfluss bei der lokalen Blutstillung.

Herr L. Rehn: Für die Diagnose des Blutergelenks ist eine genaue Anamnese von grösster Wichtigkeit. Zuweilen geben die bekannten Blutflecken bei Mb. maculos. einen deutlichen Hinweis. Es gibt aber seltene Fälle, welche eine ausserordentliche Aehnlichkeit mit Tuberkulose haben. Redner hat einen solchen Fall operiert unter falscher Diagnose. Der Patient kam in grosse Gefahr durch Blutung, wurde aber gerettet.

Herr **K. Herxheimer: Zur Kenntnis der Spirochaete pallida.** (Der Vortrag erschien ausführlich in No. 39, 1905 der Münch. med. Wochenschr.)

Diskussion: Die Herren Neisser, R. Stern, Benario.

Herr **Noetzel: 1. Perforiertes Magengeschwür.**

Vortragender stellt einen Patienten vor, welcher vor 6 Wochen wegen perforierten Magengeschwürs operiert und geheilt ist. Die Diagnose konnte in diesem Fall sicher gestellt werden. Patient war am Tage vorher aus dem Krankenhaus (med. Abt.) entlassen worden, nachdem er dort wegen Magengeschwürs in Behandlung gestanden hatte. Die Operation wurde 4 Stunden nach erfolgter Perforation ausgeführt. Das an der vorderen Wand nahe der kleinen Kurvatur sitzende Geschwür wurde exzidiert und eine dreifache Magennaht ausgeführt Mittels Gegenöffnung und Drainage wurde die Bauchhöhle ausgewaschen.

Vortragender zeigt weiter ein Präparat von perforiertem Magengeschwür, welches derselbe bei einer vor 2 Tagen ausgeführten Operation gewonnen hat. In diesem Fall war der Durchbruch schleichend erfolgt und machte so wenig Symptome, dass die Patientin erst 24 Stunden später ins Krankenhaus kam mit der Angabe, sie hätte sich verhoben, und mit sehr geringen Schmerzen. Auch während der nächsten 24 Stunden bestanden keine einigermassen bedrohlichen Symptome, nur eine geringe Druckschmerzhaftigkeit der linken Bauchseite. Erst nach mehr als 48 Stunden setzten plötzlich peritonitische Symptome ein, die Operation ergab ein perforiertes Magengeschwür an der vorderen Wand nahe der kleinen Kurvatur, in der Umgebung bestanden ausgedehnte Beläge. Im übrigen Peritoneum zeigte sich erst der Beginn einer Entzündung. Die Operation wurde ebenso ausgeführt wie die erste. Die Patientin befindet sich auf dem Wege der Heilung.

2. **Leberruptur.**

Vortragender stellt einen 15 jährigen Jungen vor, welcher Anfangs August wegen einer Leberruptur operiert wurde und vollkommen ohne alle Beschwerden geheilt 4 Wochen nach der Operation aus dem Krankenhause entlassen wurde. Die Verletzung war erfolgt durch einen Sturz aus 2 m Höhe, dessen Einzelheiten nicht bekannt wurden. Bei der Aufnahme bestanden die Symptome einer

Blutung im Bauch und starke Schmerzhaftigkeit in der Lebergegend. Bei der Operation fand sich ein kleiner Einriss auf der Konvexität der Leber rechts, näher der Mitte. Ein zweiter ausserordentlich grosser Riss trennte den rechten Leberlappen fast in zwei Teile, nur hinten und oben bestand noch die Kontinuität. Die Leber wurde mit runden Nadeln und Katgut genäht und es wurden Tampons auf die Leberwunde gelegt, die Bauchhöhle ausgewaschen. Im weiteren Verlauf bestand längere Zeit hindurch hohes Fieber, so dass das Bestehen eines subphrenischen Abszesses befürchtet wurde. Es erfolgte aber dann Heilung ohne einen weiteren Eingriff. Vortragender ist der Ansicht, dass das Fieber durch Resorption aus den grossen Leberwundflächen verursacht war.

In einem anderen wenige Tage vorher operierten Fall von Leberruptur waren die Leberverletzungen nicht ganz so grosse. Der Patient starb aber infolge gleichzeitiger Lungenverletzung und Blutung in den Herzbeutel.

Ordentliche Sitzung vom 16. Oktober 1905.

Vorsitzender: Herr L. Rehn.
Schriftführer: Herr A. Nebel.

Herr **Albrecht** demonstriert:

1. einen Fall von multiplen **Gummiknoten der Herzwand** bei Lues congenitale von einem 6 wöchentlichen Kinde und weist auf die Bedeutung dieser Herzwandaffektion für gelegentlich im jugendlichen Alter vorkommende multiple Schwielenbildung des Myokards (anscheinend häufiger im rechten Ventrikel) hin.

2. Fall von **mykotischer (Streptokokken) hochgradiger Endokarditis der Aorta- und Mitralklappen** auf der Basis einer älteren fibrösen Endokarditis beider Klappen mit Aorteninsuffizienz. Klinsch vorausgegangen Angina, Tod durch Sepsis mit multiplen Infarktbildungen in Leber und Nieren, septische hämorrhagische Nephritis.

3. **Foramen ovale persistens** (etwa fünfpfennigstückgross) bei ca. 60 jähriger Frau, anscheinend sekundär vergössert im Anschlusse an Dilatation aller Herzabschnitte (Arteriosklerose, Emphysem). Keine Symptome intra vitam.

4. a) Fall hochgradiger renaler **Hypertrophie des Herzens** bei chronischer hämorrhagischer Nephritis im Vergleich mit b) **idiopathischer Dilatation beider Ventrikel** bei einem Falle von chronischer abgesackter eitriger Peritonitis (vor 3 Monaten Laparotomie und Drainage des Abdomens).

5. Tödliche Blutung aus einem markstückgrossen peptischen **Duodenalgeschwür,** welche im Anschlusse an eine Kolporrhaphie bei einer etwa 50 jährigen Frau erfolgt war. Am 2. Tage nach der Operation Darmblutung, früher keinerlei Symptome von Ulcus.

6. Partiell stenosierender medullärer **Krebs** der Uebergangsstelle zwischen Rektum und Flexura sigmoidea, Tod durch Peritonitis infolge Perforation zunächst ins Mesosigmoideum, provisorische Abdeckung durch Flexura sigmoidea und Ileumschlingen, langsame Aszension des Ergusses im Abdomen. Vorausgegangen: relative Stenosenerscheinungen seitens des Kolon, welche zur Annahme eines Karzinoms, wahrscheinlich des Coekums geführt hatten (Verziehung und Fixation der Flexura sigmoidea in der rechten Hälfte des Beckeneinganges, fibröse Verwachsung mit der Appendix). Die diffuse eitrige Peritonitis ohne Fieber und Pulsbeschleunigung verlaufen, von 5 tägiger Dauer.

7. Multiple, teilweise bis hühnereigrosse **Herde von Bronchiektasien** in allen Lappen der emphysematischen Lungen im Anschlusse an abgeheilte herdförmige Tuberkulose. Hochgradige chronisch-eitrige Bronchitis, fibröse Pleuritis beiderseits.

8. **Akute Bulbärparalyse** bei 20 jährigem Mädchen, innerhalb 8 Tagen tödlich verlaufen. Vorausgegangen: hochgradige eitrige Rhinitis; keine Nebenhöhleneiterung. Beginn mit Kopfschmerzen, 2 tägiges leichtes Fieber; nach 4 Tagen linksseitige Fazialislähmung, weiterhin rechts Ptose, dann Glossopharyngeuslähmung, hochgradige Salivation. Mikroskopisch: hochgradige akute Myelitis des Bulbus; in Kulturen Bacterium influencae.

9. Serie von Präparaten zur Demonstration von a) **verlagerten Nebennieren und Nebennierenstücken** in der Oberfläche der Nieren, b) kleinen gutartigen **Hypernephromen,** c) malignen, zum Teil durch Operation entfernten hämorrhagischen **hämorrhagischen Hypernephromen,** d) **Adenosarkome** (embryonale Drüsengeschwülste) des Kindesalters.

Herr **Emanuel** zeigt einen Fall von **Keratokonus,** den er operativ behandeln will. Er will den Konus auf der Kuppe perforieren und die Perforationsstelle temporär mit einem Bindehautlappen decken. Er glaubt, dass diese Methode die Dauer des Heilverfahrens abkürzen wird und dass sie den Vorteil hat, die Infektion, die man bei Perforation ohne Deckung fürchten muss, zu vermeiden.

Herr **Rosenhaupt** stellt ein Kind von $2\frac{1}{4}$ Jahren vor, das weder laufen noch sprechen kann. Gesichtsausdruck und psychisches Verhalten das eines Idioten. Haut besonders an den Oberschenkeln sammetpolsterartig. Es handelt sich wahrscheinlich um eine unvollkommene Form von **myxomatöser Idiotie.** Die Diagnose muss in dem Erfolg der Schilddrüsentherapie ihre Bestätigung finden.

Herr **August Homburger: Ueber Pachymeningitis haemorrhagica mit Korsakowpsychose und atypischer Hemiplegie nach Trauma.**

H. bespricht die gewöhnlichen Verlaufseigentümlichkeiten der Pachymeningitis haemorrhagica, die vagen zerebralen Erscheinungen, die Entwickelung in Remissionen und Exazerbationen, schildert unter Demonstration mikroskopischer Präparate die Grundzüge der pathologischen Anatomie des Prozesses, weist auf die Bemühungen hin, durch histologische Merkmale die genuine von der traumatischen Pachymeningitis zu unterscheiden und geht dann zur Schilderung des folgenden Falles über.

Ein 72 jähriger Mann wird in das Siechenhaus mit einer atypischen Hemiplegie aufgenommen; rechtes Bein im Verlängerungstypus nach allen Richtungen aktiv paretisch bei verminderter grober Kraft; Patellarreflex rechts > links, rechts Fussklonus; kein Babinski, keine Spasmen, keine Kontrakturen, Muskeltonus normal, absolut freie Sensibilität für taktile, Schmerz- und Temperaturreize; rechter Arm: Hebung im Schulter-

gelenk nur bis zur Horizontalen, sonst alle, auch die feinen Fingerbewegungen frei, grobe Kraft herabgesetzt, Tonus normal, keine Spasmen, Reflexe rechts = links, Sensibilität frei. Fazialis, Augenmuskeln, Sinnesorgane ungestört, nur links Schwerhörigkeit; Sprache motorisch frei, Sprachverständnis erschwert (keine sensorische Aphasie im strengen Sinne). Pulsfrequenz 70—80, zeitweise Kopfschmerzen und Schwindel, kein Erbrechen. Sensorium häufig benommen, zeitweise delirante Verwirrtheit; in freieren Zeiten ist reduzierte Intelligenz, Konfabulation, fast völlige Merkunfähigkeit zu konstatieren; allmähliche völlige Verblödung, Tod an Pleuritis und Bronchopneumonie.

Die Obduktion ergab: über der linken Hemisphäre ein 113 g schweres, mit der Dura durch eine feine Exsudatschicht verklebtes, in bindegewebige geschichtete Häute eingeschlossenes, von typischer pachymeningitischer Kapillarmembran überzogenes Hämatom, das in einer Länge von 19.3 cm von der oberen Hälfte der III. Stirnfurche schräg zum hinteren unteren Ende der Temporalwindung herabreicht, bei einer grössten Breite von 7 cm und einer der Beinregion entsprechenden grössten Dicke von 3 cm. Ausserhalb seines Bereiches ist die Dura auch mikroskopisch normal; fest verwachsen aber ist sie mit einer kallösen Leiste an der vorderen Fläche der linken Felsenbeinpyramide. Hirnwindungen verschmälert; linke Hemisphäre komprimiert und verdrängt, Ventrikel links enger, rechts weiter; keine Herderkrankung, mikroskopisch einfache Altersatrophie geringen Grades. — Erst mehrere Wochen nach dem Tode war es möglich, durch die früher nicht erreichbaren Angehörigen eine genaue Anamnese zu erhalten, welche eine völlige Rekonstruktion des Krankheitsverlaufs gestattete: Der früher gesunde, rüstige, stets mässige Mann fiel eines Tages aus nicht feststellbarer Ursache hin, war benommen und für den Unfall und seine Ursache völlig amnestisch; seitdem Kopfschmerzen; zunächst nur eine Beule über dem rechten Ohr und Schwerhörigkeit auf demselben, keine Lähmungserscheinungen; nach kurzem freien Intervall Erregtheit, Explosivität, reduzierte Merkfähigkeit, Konfabulation; allmählicher Intelligenzrückgang, schliesslich Demenz. Während dieses einjährigen Verlaufes traten mehrere apoplektiforme Insulte auf mit zuerst vorübergehender Schwäche, später dauernder Lähmung des rechten Beins und Unsicherheit im Arm bei ungestörter, nur einmal auf Stunden „undeutlicher" Sprache. — Der Unfall, die Felsenbeinfissur und die Korsakowpsychose lassen die Pachymeningitis als traumatische erscheinen, ebenso die Tatsache, dass zuerst die Psychose traumatischen Charakters und später erst die schubweise enstandenen Lähmungserscheinungen auftraten. Der Lähmungsprozess selbst ist seiner Symptomatologie nach ein extrazerebraler, weil 1. die Lähmungserscheinungen sich von der Extremitätenregion bis zur sensorischen Sprachregion erstreckten, ohne mit sensiblen Störungen kombiniert zu sein, 2. keine Erhöhung des Ruhetonus, noch des reflektorischen Muskeltonus, noch Kontrakturen, noch Babinski bestand als Zeichen einer Unterbrechung der Kortikospinalbahn, 3. keine Monokloni oder Monospasmen auf einen zirkumskripten Sitz in der Hirnrinde hinwiesen. H. erörtert zum Schluss die Differentialdiagnose zwischen derartiger extrazerebraler Hemiparese, der typischen Kapsel-

hemiplegie, den motorischen und sensiblen Störungen nach einer beiderseitigen Thalamusläsion und der zerebellaren einseitigen Motilitätstörung.

Diskussion: Herr Brodnitz: Wie schwer die Diagnose „subdurales Hämatom" zu stellen ist, selbst wenn ein Schädeltrauma vorausgegangen ist, hatte ich kürzlich zu erfahren Gelegenheit.

Es handelte sich um einen jungen Mann, welcher nach einem Trinkgelage nachts im Streite einen Stich gegen das linke Scheitelbein erhielt, zusammenbrach und von der Rettungswache als trunken der Irrenanstalt überwiesen wurde; dort wurde am nächsten Tage eine leichte Parese des linken Arms konstatiert, worauf der Pat. dem Kathol. Schwesternhause zugeführt wurde. 48 Stunden nach der Verletzung hatte ich Gelegenheit, den Pat. zu sehen. Die Wunde am linken Scheitelbeine war ganz unbedeutend und wurde erst nach längerem Suchen gefunden; die Parese des linken Armes war fast völlig geschwunden; das Sensorium war leicht benommen, auf wiederholtes Fragen erfolgte korrekte Antwort; Puls und Temperatur waren normal. In den nächsten Tagen war die Parese ganz geschwunden; es bestand jedoch ein eigenartiger kataleptischer Zustand; die kompliziertesten Stellungen der Arme und Beine wurden beibehalten; auf Fragen erfolgte erst nach einiger Zeit langsam richtige Antwort; auch psychisch trat insofern eine Veränderung ein, als der Pat. tagsüber ruhig, fast regungslos dalag, keine Nahrung verlangte, die angebotene verweigerte, sich an der Unterhaltung der übrigen Kranken nicht beteiligte, nachts jedoch aufstand, die Schränke der Kranken nach Esswaren durchsuchte und verzehrte, was er fand. Einer unserer bedeutendsten Nervenärzte, dem der Pat. gezeigt wurde, dachte an Hysterie. Plötzlich trat hohes Fieber auf, das Bewusstsein schwand und am 8. Tage etwa trat der Exitus ein.

Die Autopsie ergab ein ausgedehntes subdurales Hämatom von gleichmässigem Charakter rechts, die Verletzung war links. Eine Ursache für die Temperatursteigerung war nicht nachzuweisen; es bestand keine Pneumonie.

Der Fall wird ausführlich vom Kollegen Hergenhahn publiziert werden.

Herr Siegel hat den von Herrn Brodnitz erwähnten Fall am Morgen nach seiner Einbringung in die Irrenanstalt gesehen. Bei dem Fehlen irgend einer organischen Ursache für eine Gehirnerkrankung vermutete er, dass ein Hämatom der Dura mater vorliege. Er habe damals gebeten, ihn sofort bei Veränderung des Krankheitsbildes, event. Hinzutreten neuer Symptome, sei es lokalen oder allgemeinen Hirndruckes wieder zu konsultieren, da event. ein Eingriff in Frage käme. Am nächsten Morgen habe der Vater aber den Patienten aus der Irrenanstalt mit fortgenommen. Anscheinend sei also am Anfang der Verdacht eines Hämatoms näherliegend gewesen als im späteren Verlauf des nach Herrn B.s Schilderung höbst unklar gewordenen Krankheitsbildes.

Herr Kutz teilt auf die Anfrage des Herrn Prof. L. Rehn mit, dass Kocher bereits im Jahre 1898 die Hirnpunktion aus verschiedenen Indikationen, insbesondere bei Tetanus, Epilepsie etc. vornahm. Die Ausführung dieser Operation unter

aseptischen Kautelen hielt Kocher schon damals für völlig ungefährlich.

Herr Salomon hebt die diagnostische Bedeutung der Lumbalpunktion und der Zeisserschen Hirnpunktion für die Diagnose des Hämatoms hervor.

Herr Albrecht erörtert kurz die Unterscheidungsmerkmale zwischen Pachymeningitis haemorrhagica und subduralem Hämatom, sowie die Möglichkeiten der Kombination beider. Nach der gegebenen Beschreibung würde der vorliegende Fall als subdurales Hämatom aufzufassen sein.

Ausserordentl. Sitzung vom 31. Oktober 1905.
Vorsitzender: Herr L. Rehn.
Schriftführer: Herr A. Nebel.

Herr **Eiermann** referiert über die von dem Vorsitzenden angeregte Einführung einer **Sonntagsruhe der Aerzte**.

Die Frage, über die ich Ihnen heute im Namen des Vorstandes und Ausschusses zu referieren die Ehre habe, liegt so klar, ihre grossen Vorteile sind ohne weiteres so einleuchtend, dass ich mich sehr kurz fassen darf.

Als unser Herr Vorsitzender vor kurzem im Vorstand zur Sprache brachte, dass es doch sehr wünschenwert wäre, dahin zu streben, dass auch wir Aerzte allerwenigstens unseren Sonntag Nachmittag frei bekämen, um uns unserer Familie widmen und ein wenig erholen zu können, da fand er allseitig Zustimmung. Ich hoffe, dieselbe Zustimmung auch heute Abend bei Ihnen zu finden.

Heute ist es so, dass die übergrosse Mehrzahl von uns allen kaum einmal im Jahre dazu kommt, an einem schönen Sonntag mit Frau und Kindern (wir sind ja nun einmal grossenteils verheiratet und Familienväter) hinaus ins Freie zu gehen, sich und die Seinen an der Natur zu erfreuen und sich durch einen ordentlichen Marsch zu erquicken. Und tut man es einmal, dann geschieht es immer in der quälenden Furcht, die keinen wirklichen, ungetrübten Genuss aufkommen lässt: „Wenn nur zu Hause nichts vorkommt!"

Und, m. H., ich muss sagen, unter den heutigen Verhältnissen und gerade hier, wo der Bevölkerung eine so besonders grosse Zahl von Aerzten zur Verfügung steht, da ist diese Angst nicht ganz grundlos. Und sie ist in vielen Fällen eben so gross, dass die Mehrzahl der Kollegen einfach nicht den Mut hat, sich der Gefahr auszusetzen, dass vielleicht ein alter Klient sich an einen anderen Kollegen wendet und nicht mehr zu einem zurückkehrt, eben der Klient, der bisher niemals auch nur einen Moment daran gedacht hat, dass auch der Arzt schliesslich sozusagen ein Mensch ist, der sich ganz gern einmal ein bischen erholt. Und wenn wir auf diese Weise dem Publikum nur das eine beibringen könnten, dass der Arzt nicht jahraus, jahrein, bei Tag und Nacht, bei Wetter und Sturm nur allein für es da ist, sondern dass auch er seine Rechte als Mensch für sich beanspruchen darf, dann allein schon wäre eine Massregel, wie die beabsichtigte, berechtigt.

Allein, m. H., wir leben im Jahrhundert der Sozialpolitik! Seit Beginn dieser Aera, seit 25 und mehr Jahren, kämpfen wir in den vordersten Reihen ehrlich mit an der Verwirklichung des sozialen Gedankens: Ruhe und Erholung nach Möglichkeit jedem Stande, Verbesserung der hygienischen und ökonomischen Verhältnisse ist die Parole, der wir alle folgen. Uns selbst aber, die wir einen der am härtesten arbeitenden Berufsstände, einen der allen Berufsgefahren am allermeisten ausgesetzten darstellen, uns selbst hierin einzubegreifen, daran haben wir bis jetzt noch kaum oder gar nicht gedacht! Sehr zu unserem Schaden, m. H., und es ist hohe Zeit, dass wir das Versäumte noch nach Möglichkeit nachholen! Unsere Selbstlosigkeit, unsere Humanität oder das, was das Publikum darunter zu verstehen sich gewöhnt hat, soll und braucht deshalb nicht zu leiden.

Im Gegenteil! „Charity begins at home!" Ein Wort, das egoistisch klingt, es aber nicht ist. Wenn wir unseren schweren Beruf in der heutigen aufreibenden Zeit voll ausfüllen, wenn wir auch weiter freudig, selbstlos und human, wie es uns geziemt, tätig sein wollen, dann m. H., müssen wir Verhältnisse schaffen, die es uns ermöglichen, ohne Zittern und Bangen, dass wir zu Hause etwas versäumen oder verlieren könnten, uns allwöchentlich wenigstens einmal ein paar Stunden gründlich zu erholen!

Dem soll der heutige Antrag dienen.

Nun, m. H., glauben Sie bitte nicht, ich schlüge Ihnen nun vielleicht vor: Vom nächsten Sonntag ab ziehen wir jede Woche um 1 Uhr in corpore mit Kind und Kegel hinaus, nach Cronberg, Seckbach und wer weiss, wo etwa noch hin. Ich weiss wohl: Es müssen Kautelen geschaffen sein, vollgültige Kautelen, dass das Publikum in keiner Weise Schaden leidet, aber auch, dass wir selbst keinen Schaden leiden. Ich weiss auch sehr wohl, dass in kleinen Städten mit begrenzter Aerztezahl so etwas viel leichter durchführbar ist, als in einer Grosstadt. In Marburg, Niederlahnstein, Solingen, in der Breslauer Oder-Vorstadt, z. T. in Lübeck, auch in unserem Bockenheim bestehen ja schon ähnliche Einrichtungen. Die können aber aus den genannten und aus anderen Gründen nicht gerade massgebend für uns sein.

Wie ich schon sagte: Publikum und Aerzte müssen in gleicher Weise geschützt sein. Das erstere dadurch, dass wir dafür Sorge tragen, dass stets eine genügende Zahl von Aerzten in den einzelnen Stadtteilen anwesend ist, um für die Abwesenden einspringen zu können; wir dadurch, dass wir einerseits dem Publikum von der Einrichtung Kenntnis geben und andrerseits verhindern, dass sich vielleicht einzelne Kollegen den Sonntagsdienst auf Kosten der andern zunutze machen.

Hierzu ist nun vor allem nötig, dass die ganze Sache nicht als eine private betrieben wird, die von dem einzelnen Arzt ausgeht; vielmehr muss die Organisation als solche, eben unser Aerztlicher Verein, offiziell die Angelegenheit in die Hand nehmen. Nur dann ist ein Erfolg zu erwarten!

Im einzelnen denke ich es mir nun etwa so: Die Stadt wird in — sagen wir einmal — 17 möglichst gleiche Bezirke geteilt; warum gerade 17, werden wir gleich sehen. In jedem dieser Bezirke hat jeden Sonn- und Feiertag ein Kollege Dienst, und

zwar möglichst einer, der in dem betr. Bezirke auch wohnt. Für die Spezialisten genügt es, wenn von jeder Spezialität immer einer in der Stadt anwesend ist, abgesehen vielleicht von Chirurgen und Gynäkologen, bei denen man eventuell je zwei für nötig halten könnte. Der Sonntagsdienst geht in vorher genau bestimmten Turnus, der spätestens am 15. jeden Monats für den kommenden Monat definitiv festgelegt sein muss und den Kollegen des betr. Bezirks bis zu diesem Zeitpunkte schriftlich mitgeteilt wird. Dieser Arbeit hätte sich ein Bezirksobmann zu unterziehen, der dafür verantwortlich ist; ebenso wäre für jede Spezialität ein Obmann zu wählen.

Die Bezirke könnten sich zweckmässig mit den 17 Polizeirevieren decken und diesen könnte ein Sonntagsdienstplan jeweils — und zwar ebenfalls vom Bezirksobmann — überwiesen werden, so dass jederzeit auf dem zugehörigen Polizeirevier ebenfalls ein Arzt zu erfragen ist. Der Herr Polizeipräsident, der sich für Fragen der Hygiene und des öffentliches Wohles sehr interessiert, wird gewiss seine Zustimmung hiezu erteilen.

Der ganze Dienstplan hätte bei einer Zentrale zusammen zu laufen; hiefür wäre der jeweilige I. oder II. Schriftführer des Aerztlichen Vereins in Aussicht zu nehmen. Gegebenen Falles würde sich vielleicht auch der Aerzteverband für freie Arztwahl bereit finden lassen, in seinem Bureau diese rein formelle Arbeit zu erledigen.

Ausserdem müsste aber auch dem Publikum regelmässig Kenntnis von dem Dienstplan gegeben werden. Das liesse sich dadurch ermöglichen, dass allwöchentlich in den Sonntags- und ebenso in den Feiertagsnummern der hiesigen Zeitungen an vorher bestimmter, stets gleicher Stelle, in stets gleicher Form und Grösse eine Anzeige zu finden ist, die den Dienstplan enthält. Da der grösste Teil des Satzes hierfür jahraus, jahrein stehen bleiben kann, da die Zeitungen ferner einer derartigen Pflicht gegenüber der Allgemeinheit sich nicht entziehen werden, ja sogar die Anzeige haben müssen, da das Publikum sie in der Zeitung suchen und, wenn es sie nicht findet, eine andere Zeitung nehmen wird, so glaube ich bestimmt, dass die einzelnen Zeitungen die Anzeigen entweder — als ständige Rubrik — umsonst oder gegen sehr hohen Rabatt aufnehmen werden. Sollten Kosten entstehen, so wären diese jedenfalls nicht hoch und von der Gesamtheit der an der Einrichtung teilnehmenden Kollegen leicht gemeinsam zu tragen.

Die Teilnahme der Kollegen aber, die natürlich eine möglichst lückenlose sein müsste, könnte erfolgen nach Unterzeichnung eines Reverses, durch den sie sich auch zu den daraus erwachsenden Pflichten (Sonntagsdienst, eventuelle Kosten) bekennen, durch den sie sich weiter aber auch verpflichten, von allen Fällen, in denen ihre Aushilfe in Anspruch genommen wird, sofort dem betr. behandelnden Kollegen kurze schriftliche Mitteilung zu machen. Ein vorgedrucktes Formular würde diese Mühe auf ein Minimum reduzieren. Das scheint mir nicht unnötig, um Reibungen zu vermeiden, ganz besonders aber auch deshalb, weil, wenn es nach meinen Wünschen geht, nicht nur die Mitglieder unseres Vereins, sondern alle hiesigen Kollegen sich an der geplanten Institution beteiligen sollen; ja ich betrachte diesen Punkt sogar als eine conditio sine qua non für das Gelingen des Ganzen.

M. H.! Das wäre in ganz kurzen Zügen dasjenige, was ich Ihnen vorzuschlagen hätte. Es kann sich natürlich heute Abend nicht darum handeln, die ganze Organisation bis in alle Einzelheiten hier festzulegen. Das wird Sache einer zu wählenden Kommission sein, die damit sehr rasch zu Ende kommen wird. Auch wird die Erfahrung, wenn alles erst in Gang ist, uns gewiss noch das eine oder andere lehren.

Heute sollen Sie nur, und darum möchte ich Sie dringend bitten, prinzipiell Ihre Zustimmung dazu geben, dass nach den dargelegten Grundzügen ab 1. Januar 1906 in Frankfurt a/M. als der ersten deutschen Grosstadt die ärztliche Sonntagsruhe eingeführt wird. Geben Sie bitte Ihrem Einverständnis auch noch dadurch Ausdruck, dass Sie sich möglichst alle gleich heute Abend in dem umlaufenden Bogen eintragen, damit wir in dem an die heute nicht anwesenden und an alle anderen Kollegen zu versendenden Rundschreiben gleich sagen können, dass sich schon ein recht grosser Teil von uns allen für die Sonntagsruhe erklärt hat, und damit das Ganze so besser gelingt. Vor allem bitte ich Sie: Treten Sie nicht ängstlich und zaghaft an die Sache heran, begnügen Sie sich nicht damit, zu sagen: „Ich will erst einmal abwarten!" Das wäre der sicherste Weg, den Plan zu vereiteln. Lassen Sie einmal Ihrem Optimismus ein klein wenig die Zügel schiessen, jenem Optimismus, der — Gott sei Dank! — unter uns Aerzten nach und nach wieder seine Daseinsberechtigung zu bekommen scheint!

Ich stehe nicht an, einen solchen Schritt als ein äusserst wichtiges Moment im 60jährigen Leben unseres Vereins zu bezeichnen. Jedenfalls werden Sie damit sich und den Ihrigen, wie auch unserem ganzen Stande — der gegenwärtigen, wie den kommenden Aerztegenerationen — nur Gutes tun!

Die Versammlung beschloss einstimmig obigem Antrage entsprechend.

An der Diskussion beteiligen sich die Herren Scheven, Eiermann, Günzburg, Altschul, Vohsen, Lehmann, E. Cohn, Klingelhoeffer, Rauch, Siegel.

Alle Redner erklären sich im Prinzip mit der Einführung einer Sonntagsruhe (beschränkten Sonntagstätigkeit) einverstanden, doch werden bezüglich der Möglichkeit der Durchführung einer solchen von verschiedenen Seiten grosse Bedenken geäussert.

Nachdem die Versammlung durch eine von Herrn Siegel beantragte Abstimmung sich prinzipiell mit der Einführung einer Sonntagsruhe einverstanden erklärt hat, werden auf Antrag des Herrn Günzburg die Vorarbeiten einer Kommission übertragen, in welche durch Akklamation gewählt werden die Herren Altschul, E. Cohn, Eiermann, Günzburg, Hohenemser, L. Rehn, Siegel, Vohsen.

Herr **E. Cohn: Der Kampf um die zahnärztliche Ausbildung.**

Ref. spricht sich dahin aus, dass die Bezeichnung als „Spezialarzt für Zahn- und Mundkrankheiten nicht zu billigen, und dass auch für approbierte Aerzte, die sich mit zahnärztlicher Praxis beschäftigen wollen, die Approbation als Zahnarzt zu fordern sei.

Herr Eiermann ist als Korreferent im Gegensatz zu Herrn E. Cohn der Ansicht, dass mit der Forderung des zahnärztlichen Examens auch für approbierte Aerzte der erste Schritt getan wäre zu den vielbesprochenen Spezialistendiplomen, und dies könne unmöglich die Absicht des Vereins sein.

An der Diskussion beteiligen sich die Herren Joseph Mayer, R. Marcus, P. Hirsch, Lehmann, L. Rehn und Fridberg.

Von der Fassung einer Resolution wird abgesehen, zumal da Herr Cohn sich mit einer akademischen Aussprache über diese strittige Frage zufrieden erklärt.

Ordentliche Sitzung vom 6. November 1905.

Vorsitzender: Herr L. Rehn.
Schriftführer: Herr A. Nebel.

Herr **Albrecht** demonstriert:

1. **Metastasen von Perithelialsarkom der rechten Parotis** bei ca. 50 jährigem Manne. Auftreten des Parotistumors im Frühjahr, Metastasen im Manubrium sterni (exstirpiert, ebenso der Parotistumor), in beiden Lungen, Milz, Leber, Wirbelsäule und Nieren. Der etwa faustgrosse Tumor im linken Unterlappen röntgenoskopisch diagnostiziert. Mikroskopisch in den Lungen und in der Parotis ausgeprägtes Peritheliom, in den übrigen Metastasen überwiegend diffuse Sarkomwucherungen.

2. **Metastasen der linken Lunge** von einem im Frühjahr operierten Spindelzellensarkom der linken Mamma: im Sommer Exstirpation eines skirrhösen Karzinoms der rechten Mamma, gleichzeitig eines metastatischen Sarkomknotens der rechten Deltoideusgegend. Tod durch Bronchopneumonie. Die rechten axillaren und supraklavikularen Lymphdrüsen mit ausgedehnten Sarkommetastasen, von dem subkutanen Tumor der Deltoideusgegend ausgehend. Ausser in den Lungen fanden sich Metastasen in beiden Nebennieren, Mesenterium, einer Niere. Im Uterus multiple Myome und 2 Schleimhautpolypen. Die Mutter, angeblich auch die Grossmutter der Patientin an Karzinom gestorben.

3. **Akute diffuse Peritonitis** im Anschlusse an Durchbruch einer linksseitigen **Eitertube** bei beiderseitiger Pyosalpinx (in Ausstrich und Kulturen Gonokokken und Streptokokken). Vor 2 Monaten Partus im 7. Monate; der in Subinvolution befindliche Uterus breit mit der Hinterwand der Blase verwachsen, während die reichlichen Verwachsungen zwischen Uterus, Adnexen und hinterer Beckenwand offenbar durch das Emporsteigen des graviden Uterus gelöst waren.

4. **Perforationsperitonitis,** ausgehend von kleinen Geschwüren in der Wand der linken Tube bei abgesackter linksseitiger Pyosalpinx nach forcierter Lösung einer Retroflexio uteri fixata.

5. **Mehrere Uteri** mit a) prämenstrueller Schleimhautveränderung, b) restierender Pigmentierung der Schleimhaut nach Abortus, c) Uterus in Rückbildung post partum, Myofibromata intramuralia.

6. 2 Fälle von hochgradigem **Prolaps** der hinteren Vaginalwand mit Descensus uteri, hochgradiger Elongatio colli uteri.

7. **Fibröse Perihepatitis nach gonorrhoischer fibröser Pelveoperitonitis.** A. hebt die Häufigkeit des Zusammentreffens fibröser Perihepatitis mit den Residuen gonorrhoischer Prozesse im kleinen Becken hervor, welche zu der frühzeitigen Affektion der Leberoberfläche bei entzündlichen Vorgängen im Abdomen überhaupt in Parallele steht und vielleicht auch im akuten Stadium klinische Symptome machen könnte.

8. **Totaler Infarkt der Milz** bei einem Falle akuter Leukämie (cf. Demonstration von Dr. Salomon); von Lymphdrüsen waren nur die mediastinalen und bronchialen stärker (faustgrosses Paket), die trachealen, portalen und ileocoekalen Lymphdrüsen leicht befallen; in der Leber zahlreiche Knötchen; im Knochenmark lymphatische Herde im Fettmark.

9. Abheilende **karnifizierende Pneumonie des rechten Unterlappens** bei ausgedehnter ulzeröser Tuberkulose des Oberlappens.

10. **Hochgradige Dilatation und Hypertrophie des linken Ventrikels,** Perikarditis obliterans, geringgradige abgeheilte Endokarditis der Mitralis, multiple kleinste Schwielen des Myokards, wahrscheinlich als Ausgang diffuser Myokarditis. In der Anamnese Gelenkrheumatismus.

11. **Gallenblase mit abgeschlossener hydropischer Zyste des Fundus** durch Narbe, Dilatation der grossen Gallengänge; in der Gallenblase nur ein kleiner rundlicher Stein; der die Narbe verursachende Stein demnach vor längerer Zeit durch die Gallenwege abgegangen.

Herr **Siegel** demonstriert ein 9 jähriges Mädchen, dasselbe war am 29. März mit Leibschmerzen erkrankt. Kollege Feuchtwanger, am 30. März erst gerufen, konstatierte Schmerzhaftigkeit auf der rechten Seite und nahm eine Appendizitis an. Als sich im Laufe des Tages das Krankheitsbild verschlimmerte, bat er den Vortragenden um Konsultation und eventuelle Operation. Bei der gemeinsamen Zusammenkunft war aber jeder positive Befund in der Appendixgegend geschwunden, das Abdomen schmerzfrei. Dagegen bestand fast 40° Fieber, frequenter elender Puls, kurz die Zeichen einer schweren Allgemeininfektion. Am nächsten Tag trat heftiger Tenesmus und Diarrhöe mit zähglasigen Massen auf. Jetzt schien es sich mehr um einen **Fall von hochinfektiösem Darmkatarrh** zu handeln. Nach einiger Zeit wurde ein Abszess im linken Hypogastrium konstatiert. 15 Tage nach dem Krankheitsbeginn wurde er inzidiert. Nach weiteren 2 Tagen perforierte die neuerdings erkrankte Appendix und über Nacht bildete sich eine diffuse Peritonitis aus. Erneute Laparotomie, Amputation des Proc. vermiformis. Anlegung einer Kotfistel. Danach Besserung. 14 Tage nach dieser Operation musste ein rechtsseitiger subphrenischer Abszess mit Resektion der 12. Rippe entleert werden. Wieder vorübergehende Erholung, dann neues Aufflackern der Peritonitis. In der vierten Narkose wurden zahlreiche Abszesse entleert und die ganze Bauchhöhle drainiert. Die Kotfistel hatte sich durch Spornbildung ungünstig gestaltet, so dass aller Kot durch dieselbe abfloss, gar nichts per rectum. Unter permanen-

ten Bädern und bei wochenlanger Ausspülung der Bauchhöhle durch die Drainrohre wurde das Versiegen der Bauchfelleiterung abgewartet. Danach wurde die Kotfistel verschlossen. Darmresektion, blinde Vernähung beider Enden, Anastomose mit Side-to-side-Apposition. Glatte Heilung.

Diskussion: Herr Salomon fragt an, ob es sich nicht um eine Peritonitis anderer Art gehandelt haben könne — wegen des Befundes der Streptokokken im Eiter.

Herr L. Rehn: Ein vorher gesundes Kind erkrankte um 11 Uhr vormittags mit heftigsten Schmerzen im Leibe. Die Diagnose des Hausarztes lautete auf schwere Appendizitis. Um 5 Uhr sah ich das Kind. Es sass spielend im Bette und erklärte ohne Schmerzen zu sein. Sofortige Operation ergab diffuse eitrige Peritonitis.

Herr Albrecht: Ich sah 2 tödlich verlaufene Fälle, in welchen nach Perforation des Wurmfortsatzes, unter Besserung aller Symptome, Eitererguss ins kleine Becken und vor allem entlang dem Rektum und der Flexur wieder aufsteigende eitrig-fibrinöse Exsudation erfolgte; in einem Fall, ähnlich wie in dem geschilderten, linksseitige Schmerzhaftigkeit. Ileozoekalgegend schmerzfrei.

Herr Harbordt teilt einen Fall mit von schwerer allgemeiner Peritonitis mit Diagnose auf Perf. proc. vermif. Makroskopisch und mikroskopisch (Dr. Albrecht) ausserordentlich geringer Befund an der Spitze des Wurms. Später Eröffnung eines subphrenischen Abszesses — also diffuse eitrig-jauchige Peritonitis bei ganz geringem Befund im Wurm.

Herr Siegel: Es waren auch Kolibakterien im Eiter, der Hauptbefund waren aber Streptokokken.

Herr Salomon: Nach Richtigstellung des bakteriologischen Befundes und angesicht der von Herrn Siegel weiter gegebenen Erläuterungen habe ich natürlich keinen Zweifel mehr.

Herr **Noetzel** (aus der chirurgischen Abteilung des Städt. Krankenhauses): 1. **Demonstration eines vor 2¼ Jahren wegen perforierten Magengeschwürs operierten Mannes.**

Die Operation wurde ausgeführt am 21. VI. 03. ca. 10 Stunden nach der Perforation. Es bestand bereits fibrinös-eitrige Peritonitis. Das an der Vorderwand des Pylorus sitzende Geschwür wurde exzidiert, der Defekt durch dreischichtige Naht geschlossen. Da der Pylorus durch die letztere verengert war, wurde eine hintere Gastroenterostomie nach v. Hacker gleichzeitig ausgeführt. Die Peritonealhöhle wurde ausgewaschen und drainiert. Der Operierte befindet sich vollkommen gesund und in gutem Ernährungszustand. Er verträgt alle Speisen und hat gar keine Beschwerden. Eine vor 3 Tagen vorgenommene Prüfung der Magenfunktion hat normale Verhältnisse der Sekretion und Motilität ergeben.

2. **Vorstellung eines vor 1½ Jahren operierten Mannes.**

Die Milz war durch Anprall an einen mit Baumstämmen beladenen Wagen bei einem Automobilunfall mehrfach rupturiert und breitgequetscht, es bestand profuse Blutung in die Bauchhöhle. Milzexstirpation (18. V. 04). Genesung. Eine gleichzeitig akquirierte Oberarmfraktur links zeigte gar keine Kallusbildung. Eine 2½ Monate nach der Verletzung ausgeführte Knochennaht hatte keinen Erfolg. Eine 4 Wochen nach dieser ausgeführte zweite Operation bestand in

der Bildung eines Muskelperiostknochenlappens vom oberen Fragment und Fixierung desselben am unteren Fragment. Es folgte nun langsame Konsolidierung der Fraktur unter enormer Kallusbildung. Der Operierte ist gesund und vollkommen arbeitsfähig, sehr muskelkräftig und zeigt auch an dem verletzten linken Arm eine ausserordentlich kräftige Muskulatur. Vortragender lässt es unentschieden, ob die anfangs mangelnde, später hypertrophische Kallusbildung eine Folge des Verlustes der Milz ist.

Herr **Salomon** zeigt:

1. Blutpräparate eines Falles von akuter **Leukämie**, welcher mit den Erscheinungen einer nekrotisierenden Angina in die innere Abteilung des Städt. Krankenhauses gekommen war. Im Verlaufe war bemerkenswert, dass eine Schwellung der Halslymphdrüsen nicht eintrat.

2. Präparate mit nach Kalberlah angereicherten intrazellulären Weichselbaumschen **Meningokokken**.

Diskussion: Herr Neisser macht Mitteilung über die Geirsveldschen Befunde eines Gram-positiven Kokkus in der Lumbalflüssigkeit bei Poliomyelitis acuta. Im Jahre 1905 trat diese Krankheit in Norwegen epidemisch auf (437 Fälle mit 69 Todesfällen).

Herr **Löffler**: **Ueber Rückenmarksanästhesie.**

Vortr. berichtet über die in dem Israelitischen Gemeindehospital gemachten Erfahrungen. Zunächst kurzer Rückblick auf die früher übliche Anästhesierung vom Rückenmarke aus mittels Kokain und die dabei nicht seltenen üblen Begleit- und Folgezustände. Sie werden erklärt durch die Giftigkeit des Kokain. Man war daher bestrebt, ein weniger giftiges, aber ebenso stark wirksames Anästhetikum zu finden. Ein solches stellt das von dem französischen Chemiker Fourneau dargestellte „Stovain" dar, das in 4 proz. Lösung zur Anwendung gelangt; ihm ist zudem Suprarenin 0,01 Proz. zugesetzt, wodurch die Giftigkeit noch mehr herabgesetzt und andrerseits die Dauer der Anästhesie verlängert wird. Die mit dieser Mischung von Bier in der Bonner Klinik erzielten günstigen Erfolge werden angeführt. Will man vollkommene und genügend lange anhaltende Anästhesie erzielen, so ist genaueste Einhaltung einer ganz bestimmten, von Bier angegebenen Injektionstechnik unerlässliche Vorbedingung. Genaue Schilderung dieser Technik. Hierauf detaillierter Bericht über die eigenen, bei 9 unter Stovainisierung Operierten gemachten Beobachtungen: Eintritt der Anästhesie in den Beinen und dem unteren Drittel des Abdomen nach 3—5 Minuten; zugleich Empfindung von Schwere in den Beinen, die nach weiteren 2 Minuten nicht mehr bewegt werden können. Dauer der Empfindungslosigkeit durchschnittlich 50 Minuten, im Minimum 25 Minuten, im Maximum 5/4 Stunden. 4 unserer Fälle

verliefen ohne Besonderheit, die 5 übrigen boten während der „Narkose" oder späterhin wechselnde, lehrreiche Erscheinungen. Ein wegen Hämorrhoiden Operierter hatte unangenehme Nachwirkungen, indem er 2 Tage lang wiederholt erbrach und dann noch 5 Tage lang über Kopfschmerzen klagte; bei ihm war zuviel Stovain eingespritzt (0,06 g, sonst nur 0,04 g) und ausserdem Beckenhochlagerung hergestellt worden. Ein zweiter Patient verspürte unmittelbar nach der Injektion Zucken im l. Beine und die Anästhesie hielt hier länger an als im rechten; hier war man beim Einstechen der Nadel in den Duralsack offenbar von der Medianebene abgewichen. Ein weiterer Patient verspürte nach der Injektion leichte Uebelkeit, die durch einen Schluck Kognak rasch beseitigt war. Bei Fall 4 dauerte die Anästhesie nur 25 Minuten, was sich daraus erklärt, dass man das Stovain injiziert hatte, bevor der Liquor cerebrospinalis im Strahle abfloss; er bekam auch bald nach der Operation einen epileptischen Anfall, der aber als eine Folge des psychischen Schocks aufgefasst wurde. Bei einem weiteren Patienten stellten sich gleichfalls epileptiforme Krämpfe ein, ausserdem aber vorübergehend Blässe des Gesichtes und kleiner Puls; hier war derselbe Fehler wie bei Fall 4 gemacht, zudem Beckenhochlagerung hergestellt worden.

Die angeführten Zufälligkeiten nach der Injektion von Stovain lassen folgende Nutzanwendungen ziehen: 1. Stovaindosis nicht über 0,04 g; 2. nur genau in der Mittellinie die Punktionsnadel einstechen und 3. nicht bei allen Patienten Beckenhochlagerung nach der Injektion.

Vorzüge des Verfahrens der Rückenmarksanästhesie gegenüber den Inhalationsnarkosen: 1. die Möglichkeit, die Kranken unmittelbar vor und gleich nach der Operation tüchtig zu nähren, was besonders bei schwächlichen Individuen dringend erforderlich; 2. das Wegfallen störender Reflexbewegungen bei gynäkologischen und Hämorrhoidaloperationen.

Spezielle Empfehlung der Rückenmarksanästhesie in der Perinealgegend. Sie wird zum Schlusse als „ungefährlich" und der Prüfung in grossem Masstabe wert bezeichnet.

Diskussion: Herr Siegel bemerkt, dass er in einem Falle einen vollen Misserfolg mit Stovaininjektion gehabt habe. In einem zweiten Falle sei es ihm trotz wiederholter Punktion nicht gelungen, den Liquor in vollem Strome abfliessend zu bekommen; er habe dann mit der Spritze aspiriert und nach Injektion eine völlige Anästhesie erhalten. Er betont, dass bei der Medullaranästhesie mit Stovain die grobe taktile Sensibilität erhalten bleibe, während die Schmerz-

empfindung ausgeschaltet sei; die Temperaturempfindungen seien ebenfalls erhalten, an einzelnen Stellen allerdings abgeschwächt. Auffällig sei die frühzeitige Sphinkterenlähmung, welche viel stärker sei als in tiefster Allgemeinnarkose, so dass man einen weiten Einblick in das Rektum erzielen könne.

Herr Friedrich Straus: Ich habe unter Rückenmarksanästhesie in den letzten Wochen 6 mal operiert bezw. zystoskopiert (3 Zystoskopien, 1 Operation am Penis, 1 Radikaloperation eines Bubo, 1 Nephrektomie). Es handelte sich um schwierige Zystoskopien, die ohne Anästhesie nicht ausführbar gewesen wären. Sie betrafen schwere Zystitiden bei Prostatikern mit ausserordentlich geringer Entfaltbarkeit der Blasenwände. Schmerz und Kontraktion der Blase erschweren und vereiteln hier die Zystoskopie. Selbst tiefste Narkose hebt nicht immer die störenden Kontraktionen der Blase auf. Diese beiden Momente werden durch die Rückenmarksanästhesie völlig beseitigt. Die Blasen waren analgetisch und gelähmt. Im ersten Fall war die Analgesie nur auf die Blase beschränkt und dehnte sich nicht auf die unteren Extremitäten aus. Es war ein Mangel in der Technik der Ausführung. Durch die Kanüle kam blutig-tingierter Liquor. In den beiden anderen Fällen wurde eine komplette Anästhesie der gesamten unteren Körperhälfte bis herauf zum Scrobiculum cordis und eine Paraplegia inferior erzielt. Im 4. Fall reichte die analgetische Zone bis in Nabelhöhe. Im 5. Fall war die rechte Seite analgetisch und anästhetisch und wurde erst nach einer Stunde völlig paraplegisch, die linke war nur schwach anästhetisch und paretisch. Dies hatte seine Ursache darin, dass ich zu weit nach rechts von der Medianlinie beim Einstich gekommen war. Nach der Ausführung dieser 5 Rückenmarksanästhesien versuchte ich eine bei einer Nephrektomie. In den bis jetzt vorliegenden Berichten Biers, Brauns u. a. werden nur Operationen bis zur Nabelhöhe empfohlen. In einem anderen Fall hatte ich mich aber überzeugt, dass bei geeigneter Beckenhochlagerung die Anästhesie bis zur Magengrube ging, so dass anzunehmen war, dass sie sich auch für diesen Fall erzielen lassen würde. Sie wurde auch erreicht, aber nicht völlig. Sie genügte bis zur Freilegung der Niere, Oeffnung und Naht des Peritoneums, dann wurde unter Narkose die Operation beendigt. Die Nephrektomie war sehr kompliziert dadurch, dass bereits 2 mal vorher Eingriffe auf die Niere vorgenommen waren und dadurch schwer lösliche Verwachsungen vorhanden waren. In 5 von den 6 Fällen tropfte wohl der Liquor aus, aber es gelang nicht, ihn nach Injektion des Stovains leicht zu aspirieren. Offenbar legten sich Nervenwurzeln vor die Oeffnung der Kanüle. In einem Fall war mit jedem Aspirationsversuch ein intensiver Schmerz im Wirbelkanal verbunden, wahrscheinlich dadurch, dass jeweils eine flottierende Nervenwurzel angesogen wurde. Nebenerscheinungen irgendwelcher Art wurden nicht beobachtet. Es wurde isotonische Stovain-Suprarenin-Lösung nach Bier in den Interarkualraum zwischen 1. und 2. Lendenwirbel injiziert. Die Technik ist einfach und so ausgezeichnet von Bier vervollkommnet worden, dass es nur auf ihre exakte Ausführung ankommt, um kompletten Erfolg zu haben. Wenn Herr Siegel in seinem Falle keinen Liquor spontan tropfen sah, so war die Nadel entweder nicht im subarachnoidealen Raum, oder seine Kanüle war ver-

stopft oder es lag sonst ein Fehler in der Ausführung vor, die nicht exakt den Angaben Biers entsprochen haben mochte.

Herr Hirschberg versagt es sich, auf die in der Diskussion berührten Fragen heute einzugehen und hofft, dass sehr bald weitere Mitteilungen im Verein Gelegenheit bieten werden, diese Fragen gründlich zu erörtern. Er richtet jedoch an alle die Herren, die beabsichtigen die Rückenmarksanästhesie zu versuchen, die Bitte, sich in Betreff der Technik peinlich streng an die von Bier und Dönitz gegebenen Vorschriften zu halten, welche er in Kürze beschreibt. Er spricht seine Ueberzeugung dahin aus, dass Misserfolge auf die Nichteinhaltung dieser Vorschriften zurückzuführen sind.

Herr Siegel hält es für unzulässig, von technischen Fehlern zu sprechen, wenn man nicht sagen könne, worin sie bestünden. Er habe völlig nach Biers und Sonnenburgs Vorschriften injiziert; die Analgesierung sei auch gut gelungen, trotz mangelhaften Abflusses der Zerebrospinalflüssigkeit. Er betone das besonders gegenüber der falschen Auffassung des Herrn Straus, die zu Misserfolgen bei der spinalen Anästhesierung führen würde.

Ordentliche Sitzung vom 20. November 1905.

Vorsitzender: Herr E. Cohn.
Schriftführer: Herr A. Nebel.

Herr **Salomon** demonstriert ein **Instrumentarium** zur diagnostischen Punktion der Bauchhöhle. Vortragender weist darauf hin, wie Erfolge der modernen Chirugie vergessen gemacht haben, dass die Probelaparotomie diagnostisch eine Kraftvergeudung sei, er weist auf das Bedürfnis hin, die Bauchhöhle der diagnostischen Punktion in der Weise zugänglich zu machen, wie die Schädelhöhle und den Wirbelkanal. Das Instrumentarium lehnt sich an das von Schmidt zur intraperitonealen Infusion und Ernährung angegebene an, modifiziert dasselbe aber zwecks Durchführung eines Ureterkatheters. Der Vortragende empfiehlt das Verfahren besonders bei zweifelhaften Fällen von Perforationsperitonitis, geplatzter Tubarschwangerschaft, Pankreasfettnekrose, Achsendrehung des Darms oder Verschluss der Mesenterialgefässe. Er hat mit dem Verfahren 100 ccm eitriger Flüssigkeit in der Bauchhöhle bereits nachweisen können.

Herr **Albrecht** demonstriert zahreiche Präparate von Arteriosklerose, insbesondere der Mesenterialarterien, der Karotiden und Arteriae iliacae (Brandungs- und Drucklinien etc.) zur Erläuterung seines Vortrages: **Ueber Arteriosklerose.**

I.

Von der Besprechung der Arteriosklerose sind abzutrennen eine Anzahl von Gefässerkrankungen, welche häufig mit ihr zusammengeworfen oder verwechselt werden:

1. die luetischen Erkrankungen der Arterien, welche wenigstens für die Aorta ein gegenüber der „Endaortitis deformans“ nach Morphologie und Lokalisation gut unterscheidbares Krankheitsbild liefern: Lokalisation vor allem im aufsteigenden Teile der Aorta, nicht über den Tripus Halleri nach abwärts reichend, im Anfange mehr beetartig, herdförmig, bald zirkulär die ganze Wand der Aorta umgreifend, ausgesprochen

thorakal und deszendierend, mit mehr oder weniger starker diffuser, nicht selten partieller aneurysmatischer Erweiterung der betroffenen Teile, während die Aorta abdominalis gewöhnlich relativ eng und glatt erscheint. Häufiges Fortschreiten auf die Aortaklappen (wichtigste Ursache der Aorteninsuffizienz), Verengerung der Koronararterienöffnungen. Anatomisch: Intensiver Erkrankungsprozess der Media und der Intima, hauptsächlich gallertige, runzelige, beetartige Verdickungen, häufig mit kleinen, oberflächlichen Usuren, ohne Neigung zu Verkalkung oder tieferer Geschwürsbildung, gelegentlich richtige Gummen (Benda).

Dagegen bei der Endaortitis deformans: Lokalisation an den mechanisch stärkst beschädigten Teilen der Aorta, von diesen aus sich allmählich fortsetzend: Arcus aortae (Narbe des Ductus Botalli), Teilungsstelle der Aorta, Klappenansatzlinie, Interkostalarterien, Pars abdominalis, häufige Fortsetzung auf die grossen abgehenden Arterienstämme, besonders der Unterextremitäten und des Mesenteriums, namentlich auf Mesenterica inferior, die Pars ascendens aortae regelmässig am wenigsten, sehr häufig makroskopisch nicht verändert. Die Veränderungen an den abgehenden Arterien sind sehr häufig auf den mechanisch besonders geschädigten Abgangskonus (Roux) beschränkt.

2. die Arterionekrose, welche durch intravenöse Adrenalininjektion (Josué, Erb, B. Fischer u. a.) beim Kaninchen (nicht beim Hunde) erzeugt werden kann und auch durch verschiedene andere Gifte hervorgerufen wird (Fischer). In ihrer Lokalisation und in der Neigung zu Aneurysmenbildung zeigt sie eine gewisse Aehnlichkeit mit der luetischen Aortitis, von welcher sie sich indes durch die primär nekrotisierenden Veränderungen in der Media und das Zurücktreten der entzündlichen Vorgänge unterscheidet.

3. die Mediaverkalkung der grossen Arterien, welche besonders von Mönckeberg untersucht wurde.

4. die Dilatation der Aorta und grossen bis mittleren Arterien, welche seltener bei idiopathischer Herzdilatation, häufig mit geringer oder fehlender Dilatation und Hypertrophie des Herzens einhergeht und auf herabgesetzter Elastizität der Wand beruht, daher besonders häufig im Senium ist.

II.

Der Name Arteriosklerose ist vorläufig als der geeignetste Sammelname beizubehalten. Die vielfach vorgeschlagene Bezeichnung Endarteriitis passt nur für einen Teil

der Erscheinungen und wird deshalb besser für rein entzündliche Vorgänge reserviert (Jores). Von Marchand wurde der Name Atherosklerose vorgeschlagen, um die regelmässige Kombination der Verfettungsprozesse mit den sklerotischen hervorzuheben. Seine Verwendung empfiehlt sich jedoch nur für jene Fälle, in welchen neben den Sklerosen die Atheromatose, d. h. Verfettung und Geschwürsbildung stark ausgebildet ist; es gibt daneben Fälle, in welchen entweder einseitig nur die Sklerose (Bildung von fibrösen und kalkigen, oft förmlichen Panzerplatten, ohne irgendwie vortretende Geschwürsbildung) im Vordergrund steht — relativ häufig bei der Sklerose des hohen Seniums, besonders bei Weibern — und der Atheromatose [Vorwiegen der Geschwürsbildung bei mässiger, oft geringer Sklerose, besonders häufig bei Diabetes [1])].

Am besten erscheint es demnach unter dem Sammelbegriffe der Arteriosklerose, für die Aorta und Hauptarterien wenigstens, 3 Namen zur Bezeichnung von 3 unterscheidbaren Hauptformen zu benützen: Sklerose, Atheromatose, Atherosklerose.

III.

Die wesentlichen morphologischen Veränderungen bei allen arteriosklerotischen Prozessen bestehen in wechselnd gemischten Kombinationen von Degeneration und Hyperplasie, in erster Linie der Intima. Mikroskopisch haben die Untersuchungen von Jores [2]), sowie von Torhorst und Voigt (Aschoff) ergeben, dass bereits physiologisch eine Dickenzunahme in der Intima der Aorta gegeben ist, welche zuerst zur Entwicklung der von Jores sogen. hyperplastischen Intimaverdickung, nach dem 30. Lebensjahre zur Entwicklung einer dritten, innersten Lage einfacher Bindegewebswucherungen führt. Nach Jores ist bei der Arteriosklerose auch an den glatten Stellen der Aorteninnenfläche die Schicht der hyperplastischen Intimaverdickung regelmässig und stark entwickelt; die arteriosklerotischen umschriebenen Verdickungen werden durch eine starke Wucherung rein bindegewebigen Charakters hervorgerufen. Degenerationsherde finden sich ausnahmslos in den tieferen Schichten jeder umschriebenen Verdickung, primär und besonders ausgebildet in

---

[1]) Es kommt deswegen bei Diabetes neben der sklerotischen Gangrän nicht allzuselten die embolische durch losgerissene Geschwürsthromben in Betracht, was für die Prognose und Therapie nicht ohne Belang ist.

[2]) Wesen und Entwickelung der Arteriosklerose. Wiesbaden 1903.

der elastisch muskulösen Schichte und hyperplastischen Intimaverdickung, von denen sie erst sekundär auf die bindegewebige Lage der Intima übergehen. Auch an den glatten Partien arteriosklerotischer Aorten sind oberflächliche und tiefe Degenerationsherde in grosser Zahl vorhanden (J o r e s). In den kleinen Arterien stellt der Prozess im wesentlichen eine Kombination von zwei Hauptformen dar (J o r e s): 1. die hyperplastische Intimaverdickung, welche mit Bildung von elastischen Lamellen (Streifen) durch Abspaltung aus der Membrana elastica interna einhergeht; 2. die regenerativen Bindegewebswucherungen der Intima, d. h. Bindegewebswucherung ä h n l i c h der bei Regeneration bestehenden Form der Bindegewebsvermehrung, zugleich mit der Erscheinung von Proliferation in den übrigen Gefässhäuten.

IV.

A e t i o l o g i e: Für die Entstehung der Degenerationsherde und Plaques hat R i b b e r t kürzlich die These aufgestellt, dass die arteriosklerotischen Veränderungen der Intima und teilweise auch der Media auf ein Eindringen von Blutplasma aus den Gefässen in die Wand zurückzuführen seien, sekundär treten nach seiner Meinung die hyalinen Umwandlungen, fettige Degenerationen und Erweichungen sowie die proliferativen Vorgänge hinzu. Gelegentlich soll auch unverändertes Blut auf diese Weise eingepresst werden. Diese Anschauung dürfte kaum zutreffen, da in dem früheren Stadium die Verfettung und hyaline Verdickung gegenüber der Flüssigkeitsansammlung weitaus im Vordergrunde stehen; die Höhlenbildungen dürften vielmehr teilweise durch Zerfall und Verflüssigung untergehenden Gewebes, teilweise infolge Zerrung der unelastischen Intimaverdickungen an der Media bei der Dilatation der Gewebe zuwege kommen. Die Lokalisation dieser Höhlenbildung an den Orten stärkster mechanischer Schädigung erklärt sich daraus, dass an diesen Orten auch die intensivsten Verdickungen auftreten.

Die meisten Untersucher sind gegenwärtig darüber einig, dass m e c h a n i s c h e M o m e n t e eine wesentliche Rolle bei der Entstehung und Lokalisation der arteriosklerotischen Veränderungen spielen. J o r e s hält mit Recht die Hypertrophie gewisser Schichten der Gefässwand und deren spätere Degeneration für das Wesentliche der arteriosklerotischen Gefässerkrankung, die bindegewebigen Verdickungen für „Folgezustände, Reaktions- und Ausgleichsbestrebungen der Gefässwand, welche mit den Vorgängen der Reparation nach Schädi-

gungen und Defekten, der reaktiven Entzündung, auf eine Stufe zu stellen sind". Er zieht aus der Erwägung der anatomischen Verhältnisse den Schluss, dass eine vermehrte funktionelle Inanspruchnahme der Gefässwand ein zum Zustandekommen der Arteriosklerose notwendiger Faktor ist. Da man nun weiterhin mit Wahrscheinlichkeit annehmen kann, dass es dieselben Einflüsse sind, welche zunächst die Hypertrophie gewisser Schichten der Gefässwand und dann im Uebermasse ihrer Einwirkung die Degneration dieser hypertrophischen Schichten bewirken, so würde eine funktionelle Mehrbelastung in letzter Linie die Ursache der Arteriosklerose abgeben."

Diese Anschauung entspricht einer von dem Vortragenden im Jahre 1902[3]) ausgesprochenen, wonach in einzelnen Fällen mit Sicherheit aus rein mechanischen Ursachen eine Arteriosklerose entstehen kann (Sklerose der Pulmonalarterien nach Durchbruch der Aorta an der Stelle des Ductus Botalli in die Pulmonalis — Edgen, Albrecht), und dass für alle zur Sklerose führenden Schädigungen in letzter Instanz die mechanische Läsion der Gefässwand das Ausschlaggebende darstellt. „Wahrscheinlich kommen hier als direkte Ursachen Stromstauungen und Wirbelbildungen mit mechanischer Läsion der elastischen und muskulösen Elemente in Frage."

Wie die Betrachtung der Prädilektionsstellen beweist, welche der Vortragende an zahlreichen Beispielen erläutert, wirken besonders begünstigend: a) umschriebene Stenosen, schon die physiologischen Verengerungen an den Teilungsstellen, b) Dilatationen, welche zu Unterschieden in der Richtung der abgehenden Gefässe und zu grösseren Differenzen in der Weite der Haupt- und Teilungsäste (insbesondere bei dem Fortschreiten der systolischen Welle), sowie zu Schlängelungen führen (hier kommt vor allem die senile Erweiterung infolge Wandveränderung in Betracht, beim Weibe die Uterusinvolution post partum für die Arterien der Uteruswand etc.), c) periodisch wiederholte starke Drucksteigerungen, daher der Einfluss der körperlichen Arbeit, sowie des Potatoriums, vor allem beider gemischt (= Drucksteigerung infolge von Muskelarbeit plus Kreislaufüberfüllung), sowie umgekehrt der geringere Prozentsatz von Arteriosklerosen bei Weibern (geringere relative Druckschwankungen infolge geringerer Muskelarbeit, grössere Seltenheit der Plethora).

---

[3]) Aetiologie und pathologische Anatomie der Arteriosklerose. Sitzungsber. d. Aerztl. Vereins München vom 26. Februar 1902.

Jores vermutet, dass es vielleicht vor allen solche Funktionen seien, welche die longitudinale muskulös-elastische Lage der Gefässwand treffen, die in ihrem Uebermass zur Arteriosklerose führen.

Die Schädigung der Wand wird in verschiedener Weise vermittelt werden können. Da es sich zuletzt immer um ein Missverhältnis zwischen dem die Wand dauernd und periodisch in Anspruch nehmenden Druck und den Widerstandskräften, die in ihrer Textur liegen, handelt, so sind es entweder Steigerungen der mechanischen Inanspruchnahme bei normalen Gefässwänden oder normaler Druck bei in ihrer Widerstandsfähigkeit herabgesetzten Gefässwänden oder Kombination beider Ursachenkreise, auf welche die Arteriosklerose als nächste Ursachen zurückgeht. In ersterer Hinsicht sind besonders die bei starker Inanspruchnahme einzelner Gefässgebiete auftretenden partiellen Arteriosklerosen bemerkenswert: z. B. Sklerose der Unterextremitätenarterien bei Berufsarten mit vielem Stehen und Gehen, des Herzens bei starker Hypertrophie des Muskels, des kleinen Beckens bei Pluriparen, der rechten Arteria radialis gegenüber der linken usw. In der zweiten Hinsicht — Erhöhung der Disposition — sind einwandfreie Beobachtungen kaum vorhanden. Der Alkohol scheint für sich eine Sklerose höheren Grades nicht hervorzubringen, während er bei Kombination mit starker körperlicher Anstrengung eine zum Teil wohl infolge der Plethora (z. B. Alkoholgenuss in den Arbeitspausen), zum Teil wegen seiner erregenden Einwirkung, seiner Einwirkung auf den Gefässtonus eine höchst wichtige Hilfsursache darstellt. Der Einfluss infektiöser Erkrankungen, verschiedener Gifte, wie Blei, Nikotin u. a., ist wahrscheinlich, aber nicht sichergestellt.

Ordentliche Sitzung vom 4. Dezember 1905.

Vorsitzender: Herr L. Rehn.
Schriftführer: Herr A. Nebel.

Herr **Albrecht** demonstriert:

1. Fall von **Encephalitis haemorrhagica** bei 21 jährigem Manne, der mit Bewusstlosigkeit und hohem Fieber einsetzte und innerhalb zweier Tage zum Tode führte. Bei der Sektion fand sich eine etwa 4 Tage alte Lobulärpneumonie und multiple miliare Gehirnblutungen, Hyperämie des Gehirnes und seiner Häute. In den Ausstrichen von Lungen und Gehirn feine Stäbchen von Aussehen und Färbbarkeit der Influenzabazillen, neben Pneumokokken, in den Kulturen reichliche Pneumokokken und lange Streptokokken.

2. **Meningoencephalitis interna,** besonders in den Plexus chorioidei laterales ohne entzündlichen Hydrocephalus, in Ausheilung begriffen: Teilerscheinungen einer rezidivierenden Streptokokkenendokarditis der Aorten- und Mitralklappen. Bakteriämie. Klinisch keine charakteristischen Symptome der Zerebralaffektion.

3. **Insuffizienz der Aorta** und **Stenose der Mitralis** bei rezidivierender mykotischer Endokarditis (Streptokokken in Blut und allen Organen), Zahnsche Endokardtaschen des linken Ventrikels, entsprechend dem Aorta-Klappendefekt.

4. **Endokarditis der Arteria pulmonalis** (fibröse Verwachsung, Stenose bis auf Bleistiftweite, frische Auflagerung) bei rezidivierender stenosierender Endokarditis der Mitralis und Trikuspidalis bei 24 jähriger Frau mit universellem Hydrops. Tod 14 Tage nach Abortus. Streptokokken auf den Klappen, in Blut, Milz, Lochialsekret.

Herr **H. Sachs** demonstriert **ein Verfahren zur forensischen Blutdiagnostik** nach gemeinsam mit Herrn M. Neisser angestellten Versuchen. Wie nach den Untersuchungen von Gengou und Moreschi zu erwarten war, bewirkt ein Gemisch von Menschenserum und einem von Kaninchen durch Vorbehandlung mit Menschenserum gewonnenen Antiserum eine Ablenkung hämolytischer Komplemente. Zum Nachweis von Menschenblut wird also das Antiserum mit einer Lösung der fraglichen Blutspur und einem hämolytischen Serum gemischt, nach einer gewissen Zeit Blut hinzugefügt. Ausbleiben der Hämolye spricht für die Gegenwart von Menschenblut. Herr Sachs demonstriert:

1. das Eintreten der Hämolyse bei alleiniger Anwesenheit des Antiserums;
2. das Fehlen der Hämolyse bei Zugabe von Menschenserum;
3. das Eintreten der Hämolyse bei Ersatz des Menschenserums durch andersartige Sera.

Als Hämolysin wird normales Kaninchenserum empfohlen, welches Hammelblutkörperchen auflöst. Man kann dank dieser Fähigkeit mit Vorteil das vom Kaninchen gewonnene Antiserum zugleich als Hämolysin benutzen, wodurch die Anstellung der Reaktion vereinfacht wird. Dieselbe ist äusserst fein und erlaubt noch ein Millionstel Kubikzentimeter Menschenserum als solches nachzuweisen.

Diskussion: Herr M. Neisser betont, dass die neue Methode nicht die bewährte Uhlenhuth-Wassermannsche ersetzen soll. Sie ist nur dazu berufen, als zweite Methode neben der üblichen benutzt zu werden. Dazu eignet sie sich besonders wegen ihrer Empfindlichkeit. Ihre Ausführung ist für entsprechend eingerichtete Laboratorien einfach.

Herr Siegel: Die Arteriosklerose in der Chirurgie.

Bei der grossen Zahl arteriosklerotischer Menschen ist es selbstverständlich, dass auch der Chirurg sehr oft an Patienten mit beträchtlichen Veränderungen des Gefässystems operative Eingriffe vorzunehmen hat. Im Vordergrund des Interesses steht für ihn die Frage, wie Narkose und Eingriff bei Arteriosklerose zu bewerten sind, ob die Gefässveränderung eine grössere Gefahr für die Operation selbst und eine verminderte Chance für die Wundheilung bietet. Es ist selbstverständlich, dass ich dabei nur auf diejenigen Fälle von Arteriosklerose Bezug nehme, bei denen nicht schwere Insuffizienzerscheinungen eines lebenswichtigen Organes bestehen, besonders solche des Herzens und der Nieren. Für diese Fälle ist ohne weiteres eine Narkose und ein grösserer operativer Eingriff als ernsteste Lebensgefahr zu betrachten. Ganz anders aber liegen die Verhältnisse dort, wo der objektive Untersucher zwar deutliche und ausgedehnte arteriosklerotische Veränderungen konstatiert, der Patient aber in der zu seinem Leben und seinem Berufe erforderlichen Arbeitsleistung nicht oder kaum merklich gestört ist. Ich glaube, dass die meisten Kollegen mit einer gewissen Bangigkeit auch solchen Patienten eine Narkose mit Chloroform zumuten. Dennoch aber wird mir wohl jeder Operateur zugeben, dass die grösste Zahl dieser Patienten, die man womöglich mit Zittern und Zagen narkotisiert hat, ganz ausgezeichnet das Narkotikum vertragen. Vielfach ist eine Beeinflussung der Pulsfrequenz und Pulsqualität gar nicht zu konstatieren und üble Nachwirkungen, wie heftiges Erbrechen, grosse Schwächezustände, vermisst man bei solchen Arteriosklerotischen gar nicht selten selbst

nach eingreifenden Operationen. Selbst wiederholte Chloroformnarkosen werden von derartigen Leuten oft recht gut vertragen. Dies gilt auch für Kranke, die vorher schon an stenokardischen Anfällen und an Angina pectoris gelitten haben. Ich will nur beiläufig erwähnen, dass das Chloroform ja schon therapeutisch für den stenokardischen Anfall empfohlen wurde. Jedenfalls sind nach meiner Erfahrung voraufgegangene stenokardische Anfälle keine Kontraindikation gegen eine Narkose. Das Vorkommen apoplektischer Insulte in der Narkose ist gewiss beobachtet worden, aber doch selten. Meines Erachtens spielt die Arteriosklerose als ätiologisches Moment bei solchem Zufall eine geringere Rolle als die Aufregung des Patienten; mindestens gilt dies für das Chloroform, das eher durch eine Herabsetzung des Blutdruckes unangenehm wirkt. Ausgedehntere myokarditische Veränderungen des Herzmuskels sind natürlich für eine Narkose keineswegs gleichgültig. Trotzdem vertragen Patienten selbst nach voraufgegangener Herzinsuffizienz im wiedergekehrten Stadium einer guten Kompensation die Narkose meist gut, oft unglaublich gut. Ich erinnere mich an einen Patienten aus der Praxis des Herrn Kollegen Günzburg, bei dem ich eine Gastroenterostomie angelegt hatte wegen eines Magenkarzinoms. Derselbe hatte 8 Jahre vorher an schwerem kardialen Asthma gelitten und hatte alle Zeichen einer ausgedehnten Arteriosklerose. Zur Zeit der Operation war seine Herztätigkeit gut und blieb auch durch die Narkose ganz unbeeinflusst. Nach dem Tod, der an einer Pneumonie nach längerer Zeit erfolgte, zeigte sich, dass der Kranke vor 8 Jahren einen Verschluss eines grösseren Astes der Koronararterie erlitten hatte. Die Hälfte des Herzens war in eine schwielige bindegewebige Masse aufgegangen. Es war fast unbegreiflich, wie Patient damit leben konnte, noch unbegreiflicher, dass Narkose und Operation nicht ungünstig auf dies Herz eingewirkt hatten. Ich habe den Eindruck, dass ältere Arteriosklerotiker jenseits der 50 er und 60 er Jahre relativ gut die Narkose vertragen, sofern, wie ich schon oben sagte, zurzeit die Herztätigkeit gut ist, die Nierensekretion nichts zu wünschen übrig lässt und sofern, was ich noch ganz besonders betonen möchte, keine Lungenkomplikationen bestehen. Die Verbindung von Arteriosklerose mit Emphysem und Bronchitis halte ich dagegen für sehr bedenklich hinsichtlich der Aussichten für einen Erfolg von Narkose und Operation. Es verdient vielleicht auch einer Erwähnung, dass besonders exzeptionell alte Leute in den 80 er Jahren, die man doch hie und da, besonders wegen eingeklemmter Brüche zu

operieren hat, die Chloroformnarkose fast immer gut vertragen.

Gerade umgekehrt bietet eine frühzeitige Arteriosklerose in der Narkose oft genug die unangenehmsten Ueberraschungen. Nicht selten erleiden solche jugendliche Individuen mit rigiden Arterien am Ende des dritten und vierten Dezenniums in der Narkose schwerste Kollapszustände. Die Untersuchung des Herzens und der Nieren hat vorher keinen pathologischen Befund ergeben. Erst der unangenehme Zwischenfall in der Narkose führt zu einer genaueren Beachtung des Zustandes der peripheren Arterien, die man dann deutlich rigid und geschlängelt findet. Meist wird man solche unangenehme Kollapszustände durch die geeigneten Mittel rasch überwinden, aber ich erinnere mich doch an einige, wenn auch wenige Fälle, wo zweifellos im Anschluss an die Narkosewirkung der Puls äusserst frequent blieb und der Patient noch innerhalb der nächsten 6—8 Stunden am Versagen der Herztätigkeit zu Grunde ging. Selbstverständlich mag bei diesem ungünstigen Ausgang auch das Grundleiden mitwirken, wegen dessen operiert wurde, z. B. Inanition durch Magenstenose. Aber unverkennbar bleibt eben doch der Einfluss der Beschaffenheit des Gefässystems. Im übrigen habe ich den Eindruck, dass eine tiefe Narkose einem Arteriosklerotiker weniger schadet als eine oberflächliche, in welcher die noch bestehenden Reflexe das geschwächte Herz beeinflussen. Lucas-Championnière betont mit Recht, dass Herzkranke den Schmerz viel schlechter vertragen als die Narkose. Jeder von uns konnte wohl auch schon die gleiche Beobachtung machen. Wird bei einer Laparotomie in Halbnarkose bei solchen Patienten der Darm hervorgezogen, die Zwerchfellgegend abgetastet, so gerät der narkotisierte oft momentan in einen ernsten Kollapszustand, der Puls wird unfühlbar, die Pupillen weit, das Gesicht blass, kurz es entsteht das Bild einer Synkope des Herzens. Im weiteren Verlauf der vertieften Narkose hingegen tritt eine unangenehme Reaktion von seiten des Herzens nicht mehr ein und derartige Patienten haben oft am Schluss einer Narkose einen besseren Puls als vor derselben.

Weiteres Interesse bietet die Frage der Wundheilung bei Arteriosklerotischen. Im grossen und ganzen heilen Muskel- und Hautwunden auch bei hochgradiger Arteriosklerose gut, soweit es sich um operativ gesetzte Schnitte handelt. Wo ein Eingriff wegen arteriosklerotischer Gangrän vorgenommen wird, ist es leicht verständlich, dass im Gebiete des Absetzungsschnittes eines Gliedes einmal neuer Brand auftritt,

wenn die Schnittfläche noch in den Bereich der verschlossenen Gefässe fällt. Im übrigen aber ist es geradezu erstaunlich, wie Amputationsstümpfe glatt und tadellos verheilen, trotzdem die Blutversorgung eine geringe ist, was oft genug daraus ersichtlich ist, dass man bei der Amputation vielleicht bloss 4—5 Unterbindungen nötig hatte. Auch Knochenoperationen, Sequestrotomien bieten selbst bei hochgradiger Arteriosklerose keine ungünstige Prognose bezüglich einer vollkommenen Ausheilung des Knochenprozesses. Dagegen kommt es bei Darmresektionen, die bei sonst gesunden jugendlichen Individuen fast absolute Heilungsgarantie bieten, bei starker Arteriosklerose leicht einmal zu Komplikationen im Wundverlauf: Durchschneiden der Nähte, Gangrän der Wundflächen und Fistelbildung. Besonders gilt dies für Arteriosklerotische mit grosser Magerkeit, weniger für die Klasse der vollblütigen Arteriosklerotiker. Entzündungsprozesse am Darm, wie z. B. bei Appendizitis, hinterlassen oft bei Arteriosklerotikern gerade des jugendlichen Alters oft auf lange Zeit hinaus eine Stauung in der Darmwand und eine Brüchigkeit des Gewebes, dass man oft selbst bei einer Intervalloperation Schwierigkeiten findet, den Stumpf zu versorgen, und befürchtet, die Nähte werden nicht halten. Die Schwierigkeiten der Blutstillung bei arteriosklerotischen Gefässen, das leichte Durchschneiden der Seidenligaturen bei Unterbindungen sind wohl allgemein bekannt. Ganz besonders tritt dies bei Darmresektionen zutage, wo bei Arteriosklerose die Versorgung der Mesenterialgefässe oft eminent schwierig ist und zu grossen Blutverlusten Veranlassung gibt. Aber selbst einfache gelegentlich akquirierte Wunden, wie bei Fall auf den Kopf, können grosse Schwierigkeiten bezüglich der Blutstillung machen. Dass der Arteriosklerotische zu Nachblutungen neigt, besonders im Gewebe, das mit Schleich scher Lösung infiltriert war, hat wohl mancher von Ihnen erfahren müssen.

Von den Folgeerscheinungen der Arteriosklerose sind es vornehmlich die Aneurysmen und die verschiedenen Formen der Gangrän, die ein chirurgisches Interesse bieten. Die Behandlung der grossen Aneurysmen, speziell der Aorta, mit Gelatineinjektionen und Galvanopunktion, an sich ziemlich unsichere therapeutische Mittel, gehören mehr dem Wirkungskreis des Internen an. Von den peripheren Aneurysmen sind es hauptsächlich die der Subklavia, der Poplitea, der Radialis, Ulnaris und Pediaka, die, abgesehen von der seltenen Gefahr der Berstung und Blutung, durch Druck auf den benachbarten Nerven oder durch Entzündungserscheinungen, die sie in der Nachbarschaft erregen, hie und da operative Mass-

nahmen erfordern. Ich habe nur ein einziges Mal aus solchem Grunde eines an der Radialis am Handgelenk exstirpiert. Ein zweites Mal fand ich eine derbe schmerzhafte Geschwulst in Karotisnähe, die ich für einen malignen Tumor hielt, da sie nicht pulsierte. Bei der Operation zeigte sich, dass es sich um ein Aneurysma der Karotis handelte. Ich habe es nicht exstirpiert, da ich fürchtete, an der harten Karotis würden die Ligaturen durchschneiden, d. h. ich würde eine unstillbare Blutung bekommen.

Praktisch wie wissenschaftlich wichtiger ist die arteriosklerotische Gangrän der Extremitäten. Man hat vor noch nicht allzu langer Zeit geglaubt, dass neben den sklerotischen Veränderungen an den Gefässen der Nachlass der Herztätigkeit und die durch denselben veranlasste marantische Thrombose die Hauptrolle bei Entstehung derselben bilde, und hat sie deshalb als echte Altersgangrän bezeichnet. Man hat von ihr dann wieder die sogen. präsenile Gangrän unterschieden, welche Leute im jugendlichen Alter, meist im dritten oder vierten Lebensdezennium trifft. Diese Form speziell ist dann Gegenstand grosser wissenschaftlicher Kontroverse geworden. v. Winiwarter und seine Schule behaupteten, sie habe nichts mit Arteriosklerose und Atherom zu tun, sondern sie entstände durch eine primäre Wucherung der Intima der Arterien, welche einen vollen Verschluss der Gefässe herbeiführe. Es soll sich dabei um einen Prozess handeln, wie ihn Friedländer bei kleinen Arterien in der Nähe von Entzündungsherden fand und als Arteriitis obliterans bezeichnet hat. Neuerdings wiesen aber Zoege v. Manteuffel und Bunge nach, dass auch bei dem Altersbrand ganz dieselben Befunde vorkommen und dass sich senile und präsenile Gangrän in nichts anatomisch voneinander unterscheiden, also als ein einheitlicher Prozess aufzufassen seien. Wahrscheinlich liegt von seiten der Vertreter eines dualistischen Prozesses eine Verwechslung mit der Organisation von Thromben oder deren Endprodukten vor. Für die frühzeitige Arteriosklerose kommen ätiologisch in Betracht der Alkoholmissbrauch, übermässiges Zigarettenrauchen und ungewöhnliche Temperaturherabsetzungen, z. B. bei Leuten, die im kältesten Winter im Eiswasser baden. Auffallend ist es, dass in Russisch-Polen und in Japan die präsenile Gangrän besonders häufig ist. Dass der Diabetes mellitus zur Arteriosklerose und Gangrän disponiert macht, ist eine bekannte Tatsache. Freilich habe ich einige Fälle gesehen, in welchen die Zuckerausscheidung minimal war und nach Amputation des brandigen Gliedes versiegte, so dass ich zweifeln durfte, ob nicht um-

gekehrt die Zuckerausscheidung eine Folge der Arteriosklerose gewesen ist. Ich brauche wohl nur beiläufig zu erwähnen, dass die klinischen Vorstadien der sklerotischen Extremitätengangrän zuerst von Charcot, dann von Erb in klassischer Weise als die Claudicatio intermittens beschrieben worden sind und dass in diesem Vorstadium unsere Therapie nicht machtlos ist.

Eine noch nicht völlig genügende Würdigung hat die Arteriosklerose bei einer Reihe von Unterleibserkrankungen gefunden. Ich will hier nicht Raritäten ausführlicher besprechen, wie die Aneurysmen der sklerotischen Arteria hepatica. Ich will nur darauf hinweisen, dass ich schon in meinem Referate über Pankreaserkrankungen darauf aufmerksam machen konnte, dass die Arteriosklerose eine der häufigsten Ursachen der Pankreaserkrankungen ist. Es gilt das in erster Linie für die sogen. Pankreasapoplexie, jene seltsame und dramatische Erkrankung, die unter den Symptomen einer Perforationsperitonitis oder eines Strangulationsileus beginnend entweder zu einer Fettnekrose oder zu Bildung von Zysten führt. Es gilt dies auch ferner für die chronische und kurative Pankreatitis, die zu einer Degeneration und bindegewebigen Entartung des Pankreas mit Tumorbildung führt und die aus diesem Grunde wie infolge der durch sie bedingten Kompression des Choledochus mit Karzinom der Bauchspeicheldrüse oder mit Choledochussteinen verwechselt werden kann.

Ferner hat Leube schon im Jahre 1874 in Ziemssens Handbuch darauf hingewiesen, dass bei Greisen schon ein einfacher Darmkatarrh häufig starke Blutungen veranlasst. Ich glaube, dass die arteriosklerotische Gefässveränderung auch daran nicht unschuldig ist. Weiterhin möchte ich erwähnen, dass es meines Erachtens eine Reihe von Krankheitsbildern gibt, die unter den Erscheinungen einer Appendizitis, eines Gallensteinanfalles und einer sei es akuten oder chronisch intermittierenden Darmstenose verlaufen und die durch eine Sklerose der Mesenterialgefässe bedingt sind. Herr Albrecht hat uns ja Präparate demonstriert, welche eine starke sklerotische Verengerung der Arteriae mesentericae an der Ursprungsstelle aus der Aorta aufweisen, und es ist leicht erklärlich, dass diese durch die Störung der Blutzirkulation auch klinisch Störungen hervorrufen können und müssen. Die Literatur über dies Gebiet ist noch sehr spärlich, besonders an Krankengeschichten mit Sektionsprotokollen, über die ich auch selbst nicht verfüge, so dass natürlich diagnostische Zweifel berechtigt sind. Immerhin wird man in Zukunft bei Leuten, die an den oben genannten passageren Störungen gelitten

haben, bei der Sektion nach der anatomischen Grundlage für dieselbe, eventuell an den Mesenterialgefässen, mehr als bisher suchen dürfen. Erst dann wird man sicherer eine Reihe bisher unklarer Fälle von Unterleibskrankheiten beurteilen können.

M. H.! Sie werden aus meinen Erörterungen ersehen haben, dass die Arteriosklerose und ihre Folgeerscheinungen dem Chirurgen relativ selten Gelegenheit zu aktivem Einschreiten geben. Der wichtigste Standpunkt, den der Operateur dieser Krankheit gegenüber einzunehmen hat, ist der des nihil nocere. Diesen erreicht er dadurch, dass er nur dringend indizierte Eingriffe mit der nötigen Vorsicht und Schonung vornimmt, und dadurch, dass er sich durch trügerische Krankheitsbilder und Fehldiagnosen nicht zu gefährlichen und nutzlosen Eingriffen verleiten lässt.

Ausserordentliche Sitzung vom 12. Dezember 1905.

Vorsitzender: Herr L. Rehn.
Schriftführer: Herr A. Nebel.

Tagesordnung:

Herr **Eiermann: Die Sonntagsruhe der Aerzte.**

Anträge der Kommission:

I. Möglichste Einschränkung der Sonntagstätigkeit, vor allem durch Wegfall der Sonntagssprechstunden und gänzliche Sonntagsnachmittagsruhe.

II. Die Vertretung beginnt um 12 Uhr; die teilnehmenden Kollegen vertreten sich gegenseitig unentgeltlich.

III. Kollegen, die keine Vertretung übernehmen, können auch keine beanspruchen.

IV. Die Veröffentlichung des Sonntagsdienstes findet auf gemeinschaftliche Kosten in den gelesensten hiesigen Tagesblättern statt.

V. Der Sonntagsdienst wird in Bezirke (Polizeireviere) und in Spezialitäten eingeteilt. Sollte in einzelnen Spezialitäten ein Sonntagsdienst nicht für nötig befunden werden, so kann er durch gegenseitiges Uebereinkommen wegfallen.

Zunächst wird festgestellt, dass die bis jetzt gegebenen Unterschriften nur als provisorische, die Einführung einer Sonntagsruhe im Prinzip billigende gelten sollten.

Nach scharfer Debatte über Antrag I (Herren G. Stiebel, Hirschberg, Th. Neubürger, Siegel, Heyder, Altschul, E. Cohn, Benario, Fulda, Hanau, Oehler, Vohsen) wird ein Antrag Heyder angenommen:

„Die Versammlung geht über die Frage der Sonntagssprechstunde zur Tagesordnung über."

Antrag II. An der Debatte beteiligen sich die Herren Eiermann, Mehler, E. Kahn, Hanau, Fulda, Lehmann, Gelhaar, Siegel, E. Kahn, Th. Neubürger, Hirschberg, Hohenemser.

Der Antrag wird in folgender Form angenommen:

„Die Vertretung beginnt um 12 Uhr mittags und endet um 9 Uhr abends. Die teilnehmenden Kollegen vertreten sich gegenseitig unentgeltlich."

Die Verhandlung über die weiteren Anträge wird vertagt.

Ordentliche Sitzung vom 18. Dezember 1905.

Vorsitzender: Herr E. Cohn.
Schriftführer: Herr A. Nebel.

Herr **Buecheler** demonstriert einen **Mayerschen Ring No. 10**, den er per vaginam aus der Bauchhöhle einer 68 jähr. Frau entfernte. Pat. trug wegen Prolaps seit 1869 Pessare, seit 1873 Mayersche Ringe; den ersten vom Arzt eingelegt, dann selbständig nach Bedarf grössere Nummern genommen; seit 1875 die jetzige Nummer. Seit 2 Jahren starker Fluor, zeitweise Blutung. Am 24. Oktober bei schwerem Heben plötzlicher Ruck im Leib, Vorschnellen des Prolapses und stechende Schmerzen im Unterleib. 25. X. zu Fuss in die Klinik. Grosse Frau, fettreiches Abdomen (Ringweite zirka 115 cm). Vor der Vulva der Prolaps: vordere Vaginalwand völlig, hintere zur Hälfte invertiert, Uterus im Prolaps, Os externum zirka 10 cm vor der Vulva. Pessar nicht in der Vagina, sondern durch eine Oeffnung der neugebildeten Fornix in abdomine eben erreichbar zwischen flottierenden Gebilden, die als Tube oder Darmschlingen imponieren. Beim Eingehen reichlicher Jaucheabfluss. Sehr schwierige Entfernung des Pessars. Pat. hat darauf kein Fieber, nur erhöhten, auf die bestehende Myokarditis zurückgeführten Puls; mit Rücksicht darauf keine Operation, Scanzonisches Pessar. Am Tag der beabsichtigten Entlassung plötzlicher Exitus. Vollständiger Pulmonalisverschluss durch grossen Embolus aus der rechten Kruralvene, deren Thrombosierung keine Symptome gemacht hatte. Der Fall steht in der Literatur einzig da. Das anatomische Präparat zeigte, dass der Ring in eine präformierte, nach dem freien Peritonealraum derb abgekapselte Abszesshöhle hineingeraten war; die vermeintlichen Intestina erwiesen sich als zottige Schwartenbildungen.

Herr **Th. Neubürger** berichtet über ein von einem Hunde gebissenes Mädchen, das er zur Schutzimpfung nach Berlin geschickt hat, nachdem die Untersuchung des Gehirns das Bestehen der **Tollwut** bei dem Hunde festgestellt hatte.

Herr Neisser bemerkt dazu, dass die Feststellung der Tollwut durch den Nachweis der Negrischen Körperchen heute rasch gelingt, während sie bis dahin erst nach längerer Zeit auf dem Wege des Tierexperiments möglich war.

Herr **Rosengart: Einige Beiträge zu den klinischen Erscheinungsformen der abdominalen Arteriosklerose.**

Bei der Diskussion über die Arteriosklerose, die allenthalben so lebhaft geführt wird, sehen wir alte, für feststehend gehaltene Vorstellungen immer wieder in Zweifel gezogen. Ich erinnere nur an die Aeusserung Klemperers, dass geschlängelte Temporalarterien ihm so häufig bei Nicht-Arteriosklerotikern und bei sehr jugendlichen Individuen vorgekommen seien, dass er ganz davon abgekommen sei, Wert auf die Erhebung dieses Befundes zu legen!

In einer Mitteilung aus Nothnagels Klinik — um eine Aeusserung aus der Umgebung einer solchen Autorität zu zitieren, ich glaube, die Erfahrung selbst hat schon jeder von uns gemacht — können Sie lesen, dass in den viszeralen Arterien die grössten arteriosklerotischen Veränderungen und Verkalkungen gefunden worden sind, ohne dass an der Arteria radialis irgend etwas zu bemerken gewesen wäre, ohne dass sich Zeichen der Arteriosklerose an ihr gefunden hätten und ihr Puls wesentlich verändert war. Wir waren gewöhnt, anzunehmen, dass die Arteriosklerose durch erhöhten Blutdruck entstehe oder wenigstens ihr Bestehen durch einen solchen zu erkennen gäbe, und nun ist aus der Klinik von Friedrich Müller durch Geisböck uns die Mitteilung geworden: „Gewiss haben wir eine Anzahl von Fällen beobachtet, in denen es zu ganz bedeutenden Druckerhöhungen bis 160, 180, 200 mm nach Gärtner kam, aber es haben sich auch solche mit ganz normalen Blutdruckwerten gefunden.“ Selbst wenn bei der Obduktion sich eine schwere Arteriosklerose der ganzen Aorta herausstellte, waren wiederholt im Leben dauernd normale Blutdruckwerte verzeichnet worden! Wir dürfen aber auch nicht auf Arteriosklerose schliessen, wenn ein hoher Blutdruck wirklich dauernd vorhanden ist, das habe ich schon nach der Sektion meines Falles von Hyperglobulie sagen können, bei dem durch mehrere Jahre der Blutdruck auf 200 mm stand und post mortem keine Arteriosklerose und keine Nephritis gefunden worden ist. Krehl wagt es noch nicht einmal, zu entscheiden, ob die Arteriosklerotiker mit hohem oder die mit niedrigem Blutdruck günstiger zu beurteilen sind.

Ganz neuerdings klagt Bäumler, dass die Diagnose „Arteriosklerose“ in der Praxis jetzt auf sehr ungenügende Anzeichen hin gestellt zu werden beginne. Die Fälle, in denen der Puls, der Herzbefund, die Abscheidung von Eiweiss mit dem Harn darauf hinweisen, sind ja wohl am klarsten. Aber es ist zu fragen, können wir so oft, als uns die subjektiven Beschwerden der Patienten auf den Gedanken der Arterio-

sklerose führen, auch erwarten, diese Erscheinungen zu finden? Oder dürfen wir die Diagnose erst stellen, wenn diese Befunde erhoben werden können? Das sind dann doch keine Initialerscheinungen mehr! Gewisse Erscheinungen am Herzen sind wohl leicht und früh zu erkennen. Gleich der Perkussionsbefund aber führt im Beginn der Krankheit leicht zu differierender Auffassung. Das ist nicht zu verwundern, da noch keine Einigung darüber zustande gekommen ist, ob die absolute oder die relative Herzdämpfung uns leiten soll, ob starke oder schwache, ob laute oder leise Perkussion geübt werden soll, ob die Tastperkussion etwas zu Erlernendes oder nur Einzelnen wie eine Kunst Gegebenes ist, und wie weit uns die von den Gebrüdern Schott eingeführte und geübte Abdämpfung der elastischen Schwingungen des Thorax bei der Perkussion hier helfen kann. Gewiss wäre es wünschenswert, dass jeder von uns jederzeit seinen Perkussionsbefund durch eine Röntgendurchleuchtung des Thorax, aber auch nur nach der Methode von Moritz und mit seinen Kautelen, verifizieren könnte.

Wie weit auch noch in anderer Beziehung die Meinungen über gewisse Grundfragen auseinander gehen, dafür nur einige Belege. Während Nothnagel und seine Schüler und auch unser Mitglied Herr Geh.-Rat Neubürger in seinem Vortrage in jedem Anfall von Stenokardie das sichere Zeichen für das Vorhandensein einer Sklerose der Koronararterien oder eines ihrer Aeste erbilcken, ist Krehl im Gegensatz dazu noch weit davon entfernt, anzunehmen, dass jedem Anfall von Angina pectoris Koronarsklerose zu Grunde liege, und fordert zur Mitarbeit aller durch fleissige Sektionen auf, damit endlich diese Frage aufgeklärt werde.

Die Claudication intermittente gehört vielleicht zu den am besten gekannten Erscheinungen der Arteriosklerose. Ihr Zusammenhang mit der Arteriosklerose, der Verkalkung oder der Endarteriitis obliterans ist schon von Charcot festgestellt worden. Erb hat sehr sorgfältige Untersuchungen darüber angestellt und uns auf die Wichtigkeit dieser Erscheinungen hingewiesen. Oppenheim, ein so zuverlässiger Beobachter, dagegen glaubt, dass auch ein auf vasomotorischer Störung beruhender Gefässkrampf das intermittierende Hinken bewirken könne. Er hat beobachtet, dass das Leiden hauptsächlich neuropathisch veranlagte Patienten betraf, und dass Gangrän trotz jahre- und jahrzehntelanger Dauer ausblieb. Dies hat ihn veranlasst, eine gutartige, auf einem spastischen Zustande der Gefässe beruhende Form des intermittierenden Hinkens zu supponieren. Er fügt dann allerdings bei, dass eine

derartig lange Dauer eines funktionellen angiospastischen Zustandes sich sehr wohl in eine organische Form werde verwandeln können. Und zum Schlusse erwähnt er dann einen Fall, in dem es, nachdem er lange Zeit als angiospastisch betrachtet worden war, nach 15 Jahren doch zur Gangrän gekommen ist.

Einen weiteren Beitrag zur Kenntnis der verschiedenen Bewertung mancher Erscheinungen im Bilde der Arteriosklerose finden wir in der Diskussion über das sogen. Wanderherz und die Kardioptose. Während wir schon bei den älteren Autoren, bei Traube, später bei Curschmann erwähnt finden, dass es bei gewissen Herzkrankheiten, speziell aber bei der Atheromatose der Aorta ascendens und des Aortenbogens, zum Herabsinken des ganzen Herzens, speziell aber der Herzspitze und ihres fühlbaren Anstosses komme, so haben neuere, ich erwähne nur Rumpf und Determann, ein eigenes Krankheitsbild des Wanderherzens konstruiert und aus der vermehrten Beweglichkeit des Herzens eine Reihe von Herzbeschwerden abgeleitet, die aber L. Braun in sehr einleuchtender Weise auf anatomische Herzveränderungen im Sinne Traubes und Curschmanns zurückführen konnte.

Noch muss ich unter dieser Rubrik auf Nothnagels nervöse Enteralgien zu sprechen kommen, von denen ein grosser Teil auf arteriosklerotischen Veränderungen der Darmgefässe zu beruhen scheint. Nothnagel hat des ferneren wie schon vor ihm Germain Sée von einem eigenen Gefässschmerz bei der Arteriosklerose gesprochen. Beide lassen sich bei den sonst so schwer zu erkennenden — weil oft ohne weitere physikalisch nachweisbare Erscheinungen verlaufenden — Erkrankungen des Myokards von den subjektiven Klagen der Patienten geradezu leiten. Von anderen Autoren dagegen wird angenommen, dass der Schmerz im Verlauf der Arterien erst durch eine Periarteriitis entstehe. Es sind auch nur in der Adventitia der Gefässe Pacinische Körperchen gefunden worden.

Auch die Bewertung der Magen- und Darmerscheinungen bei der Arteriosklerose ist bis heute eine gar vielfach auseinandergehende gewesen. Man ist lange von der Meinung ausgegangen, dass es beim Herzkranken und beim Arteriosklerotiker zu Störungen im Magen- und Darmkanal durch die Stauungen komme, also immerhin erst in einem ziemlich fortgeschrittenen Stadium des Leidens. Die Klage der Kranken über starke Gasbildung und Auftreibung im Leibe schrieb man nicht einer vermehrten Gasbildung oder ähnlichem zu, sondern der bei der Verdauung leicht entstehenden Hoch-

treibung des Zwerchfells, die eben vom Herzkranken oder dem in seiner Zirkulation überhaupt Gestörten besonders empfindlich wahrgenommen werde. So behauptet sogar noch Edgren in seiner Monographie über die Arteriosklerose, dass die gastrischen Symptome, wie schmerzhafte Sensationen im Epigastrium, Spannung und Druck unter der Brust, Aufstossen von Gasen und sogar Uebelkeit und Erbrechen, die so häufig bei arteriosklerotischen Patienten vorkommen, kaum in direkten Zusammenhang mit der Arteriosklerose gebracht werden können. Dieser Symptomenkomplex stelle nur eine Teilerscheinung eines allgemein nervösen Zustandes dar. Flatulenz und habituelle Verstopfung kämen bei arteriosklerotischen Patienten von Zeit zu Zeit vor. Beide Symptome hängen mit der abdominalen Plethora und der trägen Peristaltik zusammen, die von einer stillsitzenden Lebensweise und von den Exzessen im Essen und Trinken der Kranken hervorgerufen werden. Fraenkel schreibt die vermehrte Gasansammlung im Darm teils der verminderten Peristaltik, teils der verlangsamten Zirkulation in der Darmwand zu. Infolge der letzteren und vielleicht auch, weil schon manche Gefässe arteriosklerotisch verändert sind, werden die Darmgase nicht so schnell wie sonst resorbiert und mit dem Blute weggeführt. In dem hierauf bezüglichen Kapitel seines Buches drückt sich Krehl dahin aus, dass wohl viele Herzerscheinungen vom Magen ausgelöst werden können durch toxische Wirkungen vom Magen und Darm aus oder — wie es die Ansicht Potains und seiner Schüler ist — auf dem Wege des Reflexes des Nervus vagus vom Magen zum Herzen. Krehl führt auch die bekannte Selbstbeobachtung Jessens an. Zum Schluss aber macht er doch einige Einschränkung und schreibt: es scheine ihm immerhin, dass Arteriosklerotiker, deren Herzbeschaffenheit ja am meisten dazu disponiere, auch anginöse Zustände nach Dyspepsien am leichtesten zeigen. Fälle von Angina subdiaphragmatica hat auch er nur sehr selten gesehen.

Vielfache Beobachtungen der letzten Jahre haben nun zu einer andern, ich möchte fast sagen, gerade umgekehrten Auffassung dieser Verhältnisse geführt. Meine erste hierher gehörige Beobachtung machte ich bei folgendem Fall, der im Jahre 1896 in meine Behandlung trat, nachdem er zuvor eine Magengeschwürskur, dann eine Mastkur, dann eine Badekur in Karlsbad gebraucht hatte. Der Patient erzählte, dass er völlig gesund gewesen sei, bis er vor anderthalb Jahren ein

gastrisches Fieber durchgemacht habe, an das sich fortdauernd Unruhe im Magen, Uebelkeit, Appetitlosigkeit und Aufstossen angeschlossen habe. Er habe immer mehr an Gewicht verloren und sei daraufhin in obengenannter Weise behandelt worden. Zurzeit leide er täglich und bald nach jeder Mahlzeit an schmerzhaftem Kollern im Leibe, Aufstossen ohne Geschmack, Blähungen, Leibschmerzen vor und nach dem Stuhl, Schmerzen in der Kreuzbeingegend und mangelhaftem Schlaf: nach 3 bis 4 Stunden Schlaf Erwachen unter Kollern im Leib, Abgang von Blähungen und Uebelkeit. Erst spät am Morgen kann er wieder einschlafen.

An dem stark abgemagerten und aufgeregten Patienten war eine leichte Atonie des Magens und eine geringe Beweglichkeit der rechten Niere zu konstatieren. Ein Probefrühstück wurde normal verdaut und zeigte einen völlig normalen Verdauungssaft und Salsäurewert (0,20 Proz.). Am Herzen konnte ich nichts Krankhaftes nachweisen, der Urin war frei von pathologischen Bestandteilen. — Der Patient nahm zwar in der Folge an Körpergewicht etwas zu, die Magen- und Darmerscheinungen liessen nach, er kam aber nie zum Gefühl einer völligen Gesundheit. 3 Jahre später erkrankte er nach einer kleinen körperlichen Ueberanstrengung plötzlich unter Erbrechen, allgemeiner Aufregung, abwechselnd mit dem Gefühl grösster Schwäche und Druck hinter dem Brustbein. Am Erbrochenen war nichts Besonderes zu bemerken; die geprüften Reflexe verhielten sich normal; das Herz dagegen war verbreitert nach rechts und links; an der Spitze und nach der Basis zu ein leises systolisches Geräusch hörbar; der zweite Aortenton eher verstärkt, der Puls frequent (104) und etwas ungleich und irregulär. Nach längerer Ruhekur besserte sich dieser Zustand. Eine Nauheimer Kur schloss sich an, ohne den objektiven Befund am Herzen zu beeinflussen. Eine durchaus veränderte Lebensweise, die dem Herzzustand entsprach, grösste Schonung mit geringer Uebung in zweckmässigem Verhältnis, liess den Patienten von da ab zu einem weit besseren Gesundheitsgefühl kommen, als er zuvor lange gehabt. Jede körperliche Anstrengung aber und jede seelische Erregung rufen seither bei dem Patienten regelmässig folgende Erscheinungen hervor: Abgeschlagenheit in allen Gliedern, Müdigkeit und Schlaffheit in den Beinen, Auftreibung und Blähungen im Leibe, Aufstossen von Gasen und zum Schluss zumeist mehrere Tage anhaltender Druck hinter dem Brust-

bein und unter dem linken Schulterblatt. Der Herzbefund ist dauernd fast derselbe geblieben, der Puls hat eine Frequenz von 84 zumeist. Im Urin findet sich auch heute noch nichts Krankhaftes. Ueberzeugende Klarheit in diesem Falle brachte aber erst ein richtiger Anfall von Angina pectoris im Oktober 1904.

Ein weiterer Fall betrifft einen Mann, von 37 Jahren. Der Vater ist an „Zucker- und Herzkrankheit" gestorben. Pat. selbst ist in der Jugend gesund gewesen und hat bisher einen Weinhandel betrieben. Durch viel Aerger will er sich ein nervöses Kopf- und Herzleiden zugezogen haben. Vor zehn Jahren sei er plötzlich sehr nervös geworden, habe allerhand Sensationen im Hinterhaupt gehabt, wie Spannung und Druck. Damals sollen auch beim Sprechen einzelne Vokalverwechslungen vorgekommen sein. Später sei öfters Stechen in der Herzgegend aufgetreten; nach einem Radfahrversuch länger anhaltendes Schwächegefühl am Herzen. Dieser Zustand habe sich auf Kohlensäurebäder gebessert. Seit anderthalb Jahren leide er an Druck auf den Magen, an heftigem Aufstossen, Obstipation und starken Blähungen. In den letzten Tagen hat sich sein Zustand wesentlich verschlimmert. Nach einem Schlaf von 4—5 Stunden erwacht er gegen 2 oder 3 Uhr an einer aufregenden Schwächeempfindung und Beklemmung am Herz. Er fühlt grosse Uebelkeit, heftiges Aufstossen beginnt; manchmal Gefühl als müsse er sich erbrechen. Bei solchen Anfällen in der Nacht muss er das Bett verlassen. Manchmal gelingt es ihm sitzend noch einmal einzuschlafen. Im Magen findet sich nichts Abnormes. Probefrühstück normal verdaut, normaler Salzsäurewert. Das Herz nach rechts und links verbreitert. Herzbreite 20½, Höhe 10½ cm. An der Herzspitze ein systolisches Geräusch. Pulszahl 64. Der Puls rund, etwas gespannt, die Radialis etwas geschlängelt. Blutdruck 120 am Morgen, 135 am Nachmittag. Der Urin rein. Längerer Jodgebrauch bessert den Zustand, ebenso wirkt Ruhe und Schonung bald bei Kuren in Nauheim, bald einfach auf dem Lande günstig auf ihn ein. In der Zeit seiner Tätigkeit aber fühlt er sich stets nervös und magenleidend. Er wird auch an nervöser Dyspepsie und Neurasthenie zur Zeit wieder von anderer Seite behandelt.

Einen Fall will ich hier noch in Kürze anführen, der Jahre hindurch an Magendruck nach den verschiedensten Speisen gelitten, der ebenso oft aber die schwerstverdaulichen Dinge leicht ertagen hatte. Wiederholte genaue Magenuntersuchungen konnten nichts Krankhaftes eruieren. Der Urin war stets frei von abnormen Bestandteilen. Er erkrankte ernstlich in einer Nacht unter dem Gefühl grösster Auftreibung des Leibes und des Magens, das nach langem Aufstossen unter heftigem Würgen und Erbrechen von Schleim nachliess. Solche Fälle kehrten von da ab häufig wieder. Dabei befand sich der Patient in steter Unruhe und Aufregung. Da der Magenbefund dauernd normal war, wurde anfänglich eine nächtliche Hypersekretion angenommen und eine Ruhe- und eine Art Mastkur eingeleitet ohne Erfolg. Unterdessen wurde eine Herzvergrösserung nachweisbar und ein systolisches Herzgeräusch. Während zuvor alle Narkotika und auch Atropin nutzlos waren, brachte hier Diuretin schnellste Besserung und nach Breuers und auch meiner

Meinung Aufklärung der Aetiologie dieser aufregenden nächtlichen Magenzustände. — Kommt doch, wie dies in einer erst kürzlich aus der Neusserschen Klinik von Grünwald veröffentlichten Arbeit nachgewiesen wird, durch das Diuretin eine bessere Durchblutung der Abdominalorgane zu stande.

Hierher gehört dann ferner noch ein Krankheitsfall bei einem Manne von 50 Jahren, der unter Auftreibungen im Leibe, quälenden Blähungen, besonders des Nachts, und sehr rascher Fettzunahme des Bauches und Hochstand des Zwerchfells erkrankt war. Jahrelang waren dies seine einzigen Krankheitserscheinungen. Von seiner Umgebung wurde sodann bemerkt, dass schon mittlere Mengen alkoholischer Getränke, die er früher leicht ertragen hatte, ihn stark erregten und zu Handlungen veranlassten, die der Selbstbeherrschung entbehrten. Ohne jede Herzerscheinung und ohne qualitative Veränderung des Pulses verlief dieser Fall mehrere Jahre. Nur die Pulsfrequenz wurde etwas vermindert. Da trat eine Apoplexie ein mit Halbseitenlähmung und bestätigte das Vorhandensein der lange schon vermuteten Arteriosklerose.

Ein weiterer Fall wurde jahrelang an Magenkatarrh, dann an nervöser Dyspepsie mit quälenden Blähungen, Koliken und Aufstossen behandelt. Das Herz war völlig normal, alle Anstrengungen wurden ertragen. Da auf einmal Aufklärung des Tatbestandes durch einen schweren nächtlichen stenokardischen Anfall, und von da ab weitere Entwicklung der Arteriosklerose unter dem Bilde der Huchardschen Aortitis, bei hoher Pulsfrequenz (94—104), variierender Füllung und Spannung des Pulses. Der arterielle Druck im Durchschnitt 120 mm Gärtner. Im Urin kein Albumen.

Die Zahl der von mir beobachteten Fälle ist noch weit grösser. Sie sind charakteristisch durch die Klagen der Kranken über quälende Blähungen, schmerzhafte Auftreibungen im Leibe, besonders im r. Hypochondrium, zeitweisen Koliken und Aufstossen, das hin und wieder Erleichterung bringt. Mehr noch tut dies der Abgang von Flatus mit und ohne Stuhl. Die Patienten sind leicht erregbar. Der Schlaf ist mangelhaft und nicht anhaltend; sie erwachen sehr früh, häufig unter Blähungen und Beengung über dem Magen. Manchmal wird der Zustand in der Nacht etwas gebessert, wenn die Patienten sich aufsetzen und etwas essen. Der Appetit ist gut, Stuhl gewöhnlich etwas angehalten. Der Befund ist hierbei häufig ein sehr geringer. Zumeist verdaut der Magen normal. Manchmal werden um weniges gesteigerte Salzsäurewerte gefunden. Erst allmählich zeigt eine konstant erhöhte Pulsfrequenz, eine Verbreiterung der Herzdämpfung, ein hörbar werdendes systolisches Geräusch, manchmal zugleich mit Akzentuierung des zweiten Aortentons, eine höhere arterielle Spannung, und Erhöhung des Blutdrucks den Zusammenhang der Erscheinungen an. Wiederholt habe ich dabei eine Proktitis mit starker Se-

kretion, Eczema ani und Hämorrhoidalknoten beobachtet. In diesem Stadium habe ich nur selten, fast ausnahmsweise eine geringe und nicht konstante Albuminurie beobachtet. Manchmal bleibt das Krankheitsbild jahrelang unklar, bis der erste, oft nur ganz kurze Anfall von Stenokardie es beleuchtet. Bis zu diesem Ereignis wird es einem leicht begegnen, dass man die Patienten, die ja ihrer Magen- und Darmbeschwerden wegen zum Arzt kommen und dabei einen leicht erregbaren Eindruck machen, an nervöser Dyspepsie, vielleicht einmal auch, geleitet durch eine geringe Erhöhung des Salzsäurewertes, an Hyperazidität oder ähnlichem behandelt. Manche der Patienten machen den Eindruck von Neurasthenikern. Es handelt sich auch zumeist um Männer, die von Ueberarbeitung erzählen.

Ich hätte noch viel mehr einzelne Krankengeschichten aufführen müssen und können, um das Krankheitsbild der beginnenden Arteriosklerose im Splanchnikusgebiete so, wie es sich allmählich mir zusammengefügt hat, vor Ihnen entstehen zu lassen. Die Dinge sind nicht immer eindeutig. Bei sorgfältiger Untersuchung kann man aber oft schon früh die sicher nicht leichte Diagnose stellen und sichern unter Heranziehung mancher frühzeitiger Erscheinung von Arteriosklerose in anderen Körperregionen. Bald werden wir schon frühzeitig eine leichte Herzinsuffizienz finden mit grosser Pulsdifferenz im Stehen und Liegen, oder nach geringer Körperbewegung. Bald wird der Patient uns von Schwindel, Kopfschmerz und Gedächtnisschwäche erzählen, einem Syndrom, auf das W i n d s c h e i d im Krankheitsbilde der Arteriosklerose des Gehirns so grossen Wert legt. Bei W i n d s c h e i d finde ich auch die Beobachtung vermerkt, die ich wiederholt zu Beginn einer Arterioskleroseerkrankung selbst gemacht habe: das ist die geringe Toleranz oder völlige Intoleranz gegenüber dem Alkohol und zwar gerade bei Männern, die früher grössere Mengen davon ertragen und gewohnheitsmässig zu sich genommen hatten. Oefter ist mir schon so früh über ein ununterbrochenes Ohrensausen, besonders im rechten Ohr, geklagt worden, für das die Ohrenuntersuchung keine Erklärung brachte. Ich lege Wert darauf, nochmals zu betonen, dass ich in all diesen Fällen die Diagnose als sicher erst dann annahm, wenn auch in einer anderen Körperregion eine Arteriosklerose oder deren Folgezustände nachzuweisen waren; und ferner möchte ich betonen, dass in dem hier intendierten Sinne nur diejenigen Erscheinungen von seiten der Bauchorgane verwendet oder gedeutet werden dürfen, die längere Zeit v o r dem Auftreten der gewöhnlichen Zeichen einer Arteriosklerose

am Herzen, in den Nieren oder im Hirn sich zeigen. Als Baucherscheinungen bei schon völlig entwickelter und erkennbarer Herzarteriosklerose sind sie bekannter und geläufiger. In ihrer Deutung stehen sie den geschilderten gleich. Hier aber lag mir daran, darauf hinzuweisen, dass die Abdominalerscheinungen die Initialerscheinungen der Arteriosklerose sein können.

Ich habe mich immer bemüht, die Erscheinung von einem gewöhnlichen Magenkatarrh oder der nervösen Dyspepsie zu sondern, was nicht immer leicht ist, da unter den so Erkrankten vielfach Männer sich fanden, die mehr oder minder stark tranken und eifrig rauchten. Oft traten solche Patienten aus den Mittelschichten unserer Bevölkerung mit den Worten ein: „Ich bin ein kerngesunder Mann, geben Sie mir etwas für meine Blähungen, dann ist mir geholfen." Häufig hat sich mir in solchen Fällen gleich bei der ersten Untersuchung eine Herzinsuffizienz (frequenter, beim Stehen und Liegen stark wechselnder Puls), Herzverbreiterung, ja Herzgeräusch, einige Male Albuminurie herausgestellt. In anderen Fällen habe ich diese Zustände sich entwickeln oder Stenokardien nach längerer oder kürzerer Zeit auftreten gesehen. Ich möchte es nicht unterlassen, hier eine Redensart aus dem Volke zu zitieren, die gewiss aus dem Sprachgebrauch und der Anschauung der alten Aerzte stammt, und die dem Entwicklungsgang des von mir geschilderten Leidens entspricht. Es wird uns oft erzählt, der Vater, der Bruder, der Mann habe lange Jahre an Hämorrhoiden oder hämorrhoidalen Zuständen gelitten, die ihm später auf die Brust gezogen seien, und daran ist er gestorben. Erst als ich meine Beobachtungen gemacht hatte, lernte ich den Sinn dieser Ausdrucksweise des Volkes erfassen.

Zu dieser verhältnismässig häufigen Annahme arteriosklerotischer Veränderungen im Gebiet der Splanchnikusgefässe, geben mir die anatomischen Untersuchungen von A. Hasenfeld die Berechtigung. Während nach Rokitansky die Arteriosklerose der A. lienalis ihrer Häufigkeit nach an fünfter Stelle kommt, und die Arteria mesentericae nur ganz ausnahmsweise erkranken sollen, und Huchard in Bezug auf die Letzteren ähnlich urteilt, so finden wir bei Hasenfeld die wohlbegründete Angabe, dass die Arteriosklerose der Splanchnikusgefässe in geringerem und mittlerem, oft nur bei mikroskopischer Untersuchung wahrnehmbarem Masse recht häufig sei. Starke sklerotische Veränderungen seien dagegen viel seltener als an der Aorta, an den Arterien der Extremitäten und denen des Gehirns. Dadurch erklärt sich die divergierende Angabe Rokitansky und Huchards. Sie erinnern sich auch der hier gegebenen Demonstrationen des Herrn Kollegen Albrecht, der uns so vielfach gerade die Abzweigungsstellen der Arteria coeliaca und der Arteria mesentericae sklerotisch verändert gezeigt hat.

Zur Erklärung des Zustandekommens der Krankheitserscheinungen bei den schwereren Formen und den Folgezuständen von Arteriosklerose der Eingeweide rekurrieren J. Schnitzler, Ortner und Breuer auf die Charcot-Erbsche Claudication intermittente.

Charcot und Erb und mit ihnen die meisten neueren Autoren pflegen die Vorstellung: Bei der Claudication intermittente wird die Blutzirkulation des Kruralisgebietes an irgend einer Stelle plötzlich aber unvollständig unterbrochen. Die Verengung der zu den willkürlichen Muskeln gehenden Gefässe macht in der Ruhe keine oder nur geringe Erscheinung, führt aber sofort zu den heftigsten Schmerzen und zur Lähmung, sobald eine gesteigerte Funktion der Muskeln grössere Mengen von Blut beansprucht. Charcot betont, dass er trotz dieser Auffassung durchaus nicht sagen wolle, dass die Nerven dabei nicht affiziert seien; er denke vielmehr, dass ihre Funktion während des Anfalles oft geändert sei. Die Unterbrechung der Blutzirkulation übe gewiss einen Reiz auf die Nerven aus. Dieser Reiz wirke gleichzeitig auf die motorischen und sensiblen Nerven, es entstehen gleichzeitig die Schmerzen und die Krämpfe in den Muskeln.

Potain, Germain Sée und A. Fraenkel erklärten bekanntlich zuerst das Zustandekommen der Angina pectoris in derselben Weise. Fraenkel im Gegensatz zu seiner früheren von Traube übernommenen Erklärung der Stenokardie als einer plötzlichen Herzschwäche; Potain, Huchard und andere im Gegensatz zur Annahme einer Entzündung der Herznerven mancher französischer Autoren.

Aus der Klinik von Nothnagel besitzen wir durch Breuer folgende Formulierung dieser Auffassung: „Jeder echte stenokardische Anfall mit seinen beiden Haupterscheinungen: dem gewöhnlich sehr heftigen retrosternalen und meist ausstrahlenden Schmerz und dem Gefühl der Vernichtung, Todesangst und der heftigsten Oppresion, ist eine Konsequenz einer plötzlich auftretenden Ischämie des Herzens. Wie bei der Dysbasia arteriosklerotika der Anfall nach einigem Gehen, so wird die Angina pectoris bei der Arteriosklerose der Austrittsstelle der Coronararterie aus der Aorta oder im Verlaufe der Arteria coronaria hervorgerufen durch körperliche Anstrengung oder durch einen Vorgang, der den arteriellen Druck steigert: reichliche Mahlzeit, Schlafen in horizontaler Lage und ähnlichem: Die Blutversorgung durch die Coronararterien wird ungenügend, es kommt zur Stenokardie.

In derselben Weise möchte ich mir nun auch das Zustandekommen der Darmerscheinungen bei Arteriosklerose der Bauchgefässe vorstellen: Ischämie grösserer oder kleinerer Darmgefässe zu einer Zeit, wo grössere Arbeitsleistung im Darme nötig wäre, kolikartige Schmerzen im Darm, Krampf und Lähmungen einzelner Darmabschnitte und dadurch erzeugter Meteorismus.

Zuntz hat ja gezeigt, dass die massgebende Ursache für die Bildung des Meteorismus die Störung des Kreislaufes in der Darmwand ist. Nicht die Stauung des Darminhaltes und die mangelhafte

Abfuhr der Darmgase nach aussen, sondern die darniederliegende Resorption der Gase durch die Darmwände ins Blut bringen den Meteorismus zu stande. Krehl schliesst sich dieser Auffassung an, indem er nur noch die gleichzeitige Herabsetzung des Muskeltonus supponiert.

J. Schnitzler, Breuer und Ortner haben ihre Beobachtungen an Fällen gemacht, die ich von meinen bisher mitgeteilten als nur graduell, nicht in ihrem Wesen verschieden bezeichnen möchte. Auch Hasenfeld beschreibt zwei hierher gehörige aus Rombergs Beobachtung.

Der eine dieser beiden letzteren betraf einen alten Apoplektiker, der unter peritonitischen Erscheinungen gestorben war, und bei dem die Sektion einen Darminfarkt in Folge einer Thrombose des Ram. ileo-colicus der Arteria mesenterica superior feststellen liess. Alle Arterien der Baucheingeweide, besonders aber die eben genannte Arteria mesenterica superior zeigten hochgradige arteriosklerotische Veränderungen.

Aus der zweiten Krankengeschichte Rombergs sei nur in Kürze hervorgehoben:

Es handelte sich um einen 25jährigen Eisenhobler, der nie mit Blei zu tun hatte. Er erkrankte unter Kopfschmerz, Schwindel und Mattigkeit. Stechende Schmerzen in der Magen- und Nabelgegend 1—1½ Stunden nach jeder Mahlzeit kamen hinzu; später Erbrechen nach jeder Nahrungsaufnahme. Die dünnen Stühle enthalten reichlich Blut. Alle peripheren Arterien sklerotisch, im Urin Albumen. Es traten Erscheinungen von Peritonitis hinzu. Bei der vorgenommenen Operation wird eine lange an mehreren Stellen brandig perforierte, teilweise miteinander verlötete Dünndarmschlinge entfernt. Bei der Sektion fand sich: hochgradige Arteriosklerose, Schrumpfniere, sämtliche Darmarterien hochgradig sklerotisch und verengt.

In dem von Schnitzler wegen der durch 4 Jahre fortbestehenden unerträglichen Leibschmerzen, die bis kurz vor der Operation von Erbrechen und Obstipation begleitet waren, operierten Falle handelte es sich um eine totale Obliteration der Arteria meseraica superior durch einen festen weissen bindegewebig organisierten Thrombus. Die Austrittsstellen der Arteria meseraica superior und inferior aus der Aorta nicht sondierbar; eine seichte Stelle, an der die Intima verdickt ist, deutet den Abgang an. Dünndarm und Col. ascendens blutig suffundiert.

Ortners Patient klagte Schmerzen in der Umgebung und besonders rechts unterhalb des Nabels, die als brennend bezeichnet wurden und ca. 2 Stunden nach der Mahlzeit auftraten. Dabei war der Leib aufgetrieben und schmerzhaft gespannt. Aufstossen, Kurzatmigkeit und Beklemmung begleiteten diesen Zustand. Später war Druck, Schmerz und Spannung besonders heftig in der rechten Unterbauchgegend. Grössere Mahlzeiten verschlimmerten den Zustand, kleinere wurden eher ertragen. Es kam nie zu Bluterbrechen oder zu blutigen Stühlen. Eine vorgenommene Laparotomie war resultatlos und ergab keinerlei, die Sektion dagegen folgenden Befund: Die Aorta stark atheromatös. Namentlich von der Höhe des Abganges der Arteria coeliaca an finden sich an ihr zahlreiche atheromatöse Geschwüre. Die Arteria lienalis nur mässig, die Coronariae ven-

triculi, die Mesenterica superior und inf. bis in ihre kleineren Verzweigungen hinein klaffend und stark sklerosiert. Magen, Dünndarm und Kolon stark gebläht. Der untere Teil des Col. descend. und das S roman. stark kontrahiert.

Sowohl bei der Thrombose als auch bei der Embolie der Darmarterien wird von den Autoren (Gerhardt, Kussmaul, Nothnagel) zumeist ein plötzliches Erkranken angenommen. Für beide Fälle galt von jeher ein plötzliches Eintreten heftigster Koliken und blutiger Diarrhöen als pathognomonisch. Nothnagel scheidet zwei Typen: den einen, der mit blutigen Diarrhöen unter heftigsten Koliken, den anderen, der rein unter den Erscheinungen des Darmverschlusses einsetzt.

Im Falle Schnitzlers sehen wir aber eine Obliteration der beiden Arteriae meseraicae verlaufen nur unter den Erscheinungen heftigster Koliken und Obstipation. Diese Obliteration muss jahrelang bestanden haben. Der gut funktionierende Lateralkreislauf, der sich durch die Bahnen der Arteria pancreatico-duodenalis und der tiefen Hämorrhoidalarterien entwickelt hatte, liess es bei einer offenbar langsamen Entwickelung des Thrombus zu keinen stürmischen Erscheinungen kommen. Der blutige Stuhl, als Zeichen des hämorrhagischen Infarkts des Darmes, trat erst ein, nachdem die während der Operation gesunkene Herzkraft offenbar nicht mehr imstande war, den Kollateralkreislauf aufrecht zu erhalten.

An diese Beobachtungen möchte ich eine selbst gemachte anknüpfen.

Herr B. tritt im September 1904 in Behandlung. Er ist 64 Jahre alt, hat keine wesentliche Krankheit durchgemacht und war nicht luetisch infiziert. Seit Januar leidet er an Magenkrampf, der kurze Zeit, oft sofort nach der Nahrungsaufnahme auftritt und in dessen Verlauf es in jüngster Zeit fast regelmässig zum Erbrechen nicht nur des Genossenen, sondern auch einer grossen Menge scharfer und saurer Flüssigkeit komme. Seit einigen Tagen tritt der Schmerz schon während des Erbrechens auf. Dabei müsse er den ganzen Tag spucken, was sehr lästig sei. Im letzten Halbjahr 20 Pfund Gewichtsabnahme. Der Appetit wäre vorhanden, wenn er nur den Mut zu essen hätte. Es besteht Stuhlverstopfung. Der Schlaf ist schlecht: Nach wenigen Stunden Schlafs wird er durch den Magenkrampf geweckt, der sich bis zum Unerträglichen steigert.

Am Abdomen lässt sich objektiv gar nichts finden: keine Resistenz, kein Tumor, kein Schmerzpunkt am Magen, keiner am Rücken. Die Gallenblase ist nicht zu fühlen; weder an ihr noch sonstwo schmerzhafte Empfindung bei der Untersuchung. Einige Hämorrhoidalknoten sichtbar. Eczema ani besteht bei sehr starker Sekretion der Mastdarmschleimhaut. Die Prostata ist nach allen Richtungen vergrössert. Das Herz etwas nach rechts und besonders nach links verbreitert. Der erste Ton matt, der zweite etwa normal stark. Puls 94, gleichmässig, klein, weich.

Während der Untersuchung zeigt Pat. grosse Hinfälligkeit und Schwäche. Ein starker Speichelfluss eines nicht sehr dichten, fast wasserklaren Speichels ist zu beobachten.

Das Probefrühstück ist gut verdaut, ganz ohne Schleim, frei von Blut auch mikroskopisch. Salzsäureabscheidung etwas vermehrt.

Nach einigen Tagen wird mir eine ganz besonders grosse Menge erbrochener Flüssigkeit aus der Nacht vorgezeigt, die reichlich schwärzlich verändertes Blut enthält. Nirgend ein Anhalt für ein Geschwür des sehr stark aufgetriebenen Magens. Im Stuhl nur ganz geringe Mengen Blut. Dennoch strenge Bettruhe, Ulcusdiät und ebensolche Therapie. Geringe Besserung. Morphium allein bessert die Magenschmerzen. Während solcher Schmerzanfälle konnte ich wiederholt auch eine starke Magenauftreibung und Meteorismus in der Gegend der Flexura lienal. coli beobachten, dagegen nirgends eine Darmsteifung. Starke Abgänge von Flatus, auf die Pat. mit schmerzhaft verzogenem Gesicht wartet, beenden den Anfall oder bringen wenigstens Besserung. Die fühl- und sichtbaren Arterien sind nicht geschlängelt. Der Puls ist weich. Im Urin reichlich Harnsäure, kein Zucker, kein Albumen.

Nach längerem Gebrauch von Atropin Besserung der Magenerscheinungen und des lästigen Speichelflusses. Pat. hat mehrere Monate Ruhe. Da auf einmal heftige Schmerzen, die als bohrend und drückend bezeichnet werden, unter dem ganzen Brustbein. In einer der darauf folgenden Nächte echter stenokardischer Anfall.

Die Magenerscheinungen und die Salivation stellen sich wieder ein. Wiederholt wird nachts Blut in reichlich Flüssigkeit erbrochen. Trotzdem Jodmedikation, die ausgezeichnet ertragen wird. Die Salivation zwingt noch mehrmals zu Atropingebrauch.

Am Herzen, das von Anfang an breiter als normal erschienen war, ist immer mehr ein rauhes präsystolisches Geräusch und Verstärkung des 2. Aortentons zu beobachten. Beide Radialpulse sind synchron, der Puls frequent. Der arterielle Druck 140 nach Gärtner.

Der Jodgebrauch wirkt sichtlich günstig auf den Gesamtzustand. Pat. verliert sogar zeitweise seine tiefe Verstimmung.

Eine Verschlimmerung des Zustandes veranlasst mich, das von Breuer in solchen Fällen empfohlene Diuretin in mittleren Dosen zu versuchen. Wohl glaubt Pat., dass seine Magenerscheinungen dabei etwas besser geworden seien; ein kurz nach Beginn der Medikation sich wiederum einstellender heftigerer Schmerz hinter dem Sternum und unter dem l. Schulterblatt veranlasst mich aber, das Diuretin wieder wegzulassen.

Ich hätte die Pflicht, Ihnen hier noch einige von mir beobachtete Fälle zu referieren; ich fürchte aber, dies würde zu weit führen. Ich will nur erwähnen, dass unter den weiteren Beobachtungen sich auch zwei Frauen befinden.

Von meinen erst geschilderten Krankheitsfällen, die ich als Arteriosklerose der Baucharterien gedeutet haben möchte, unterscheidet sich dieser letztere und einige ähnliche durch das Zustandekommen schwerster Koliken, bei denen die Patienten glauben, die Därme würden zusammengewunden, durch das gelegentlich besonders in der Nacht auftretende Erbrechen, dem auch Blut beigemengt war, durch die blutigen Stühle und die grosse Darmblutung. Ihre Aehnlichkeit mit den erst aufgeführten Krankheitsgeschichten liegt in dem weiteren Verlauf,

in den bald darauf eintretenden Herzveränderungen und in den Anfällen von Stenokardie. Hat es sich in den ersten Fällen nur um Arteriosklerose der Bauchgefässe gehandelt, so ist in den letzteren beiden der zeitweise Verschluss offenbar kleinerer Arteriengebiete durch Thrombose zu vermuten.

Für die Differentialdiagnose kommen in solchen Fällen eine ganze Anzahl von Erkrankungen im Abdomen in Betracht. Je nach der Auftreibung und ihrer Lokalisation, je nach den Angaben des Patienten über seine Schmerzen werden wir an eine Gallensteinkolik, eine Kolik von der Appendix aus, aber auch an die Einklemmung eines Konkrements in einem der Ureteren denken müssen. Besonders auch das letztere halte ich der häufigen Lokalisation, der Höhe der Schmerzen und des grossen Meteorismus wegen für möglich. Die Intussuszeption muss ausgeschlossen werden können, bevor im Sinne einer Kolik durch Arteriosklerose oder Thrombose im Splanchnikusgebiet entschieden werden darf. Die Entscheidung in dieser Richtung mit Sicherheit zu treffen, ist nach meiner Meinung überhaupt nur möglich, wenn uns die Arteriosklerose beim Patienten am Herzen, an der Aorta, in den Nieren, oder im Hirnbereich entweder schon zuvor bekannt ist oder nach Abklingen des Anfalls von uns eruriert werden kann. Wie gross die Schwierigkeiten sind, zu entscheiden, das sehen wir, wenn wir die Krankengeschichten der 3 Fälle von Romberg, Schnitzler und Ortner lesen, in denen operiert worden ist, und in die sogar jedesmal erst die Sektion völlige Klarheit gebracht hat. In allen 3 Fällen ist aber nicht umsonst operiert worden: wie schon so oft, so hat auch in diesen Fällen die Chirurgie der Medizin voran und in ein Dunkel hinein geleuchtet.

Literatur.

1. O. Bollinger bei Kitt: Lehrbuch der pathologischen Anatomie der Haustiere. Stuttgart 1901. S. 347. — 2. L. Braun: Ueber das „Wanderherz". Zentralbl. f. inn. Med. 1902. S. 873. — 3. Robert Breuer: Zur Therapie und Pathogenese der Stenokardie und verwandter Zustände. Diese Wochenschr. 1903, S. 1604. — 4. Edgren: Die Arteriosklerose. Leipzig 1898. — 5. Erb: Ueber Bedeutung und praktischen Wert der Prüfung der Fussarterien bei gewissen anscheinend nervösen Erkrankungen. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 1899, IV, S. 505. — 6. F. Geisböck: Die Bedeutung der Blutdruckmessung für die Praxis. Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1905, Bd. 83, S. 363. — 7. A. Hasenfeld: Ueber die Herzhypertrophie bei Arteriosklerose. Ebendaselbst Bd. 59, S. 193. — 8. L. Krehl: Ergebnisse der neueren Forschungen über die Physiologie und Pathologie des Zirkulationsapparates. Verhandl. d. Gesellsch. deutsch. Naturforscher u. Aerzte, Düsseldorf 1898.— Derselbe: Die Erkrankungen des Herzmuskels. Nothnagels Spez. Path. u. Ther., Bd. XV, Wien

1901. — 9. M. Litten: Ueber die Folgen des Verschlusses der Arteria meseraica superior. Virchows Archiv, LXIII, S. 289. — 10. Th. Neubürger: Der Zusammenhang der Sklerose der Kranzarterien des Herzens mit der Erkrankung seiner Muskulatur. Deutsche med. Wochenschr. 1901, No. 24. — 11. Nothnagel: Zur Klinik der Darmkrankheiten. Wiener mediz. Blätter 1883, S. 628. — Derselbe: Schmerzhafte Empfindungen bei Herzerkrankungen. Zeitschr. f. klin. Med., XIX, S. 209. — Derselbe: Ueber Gefässschmerzen. Wiener klin. Wochenschr. 1893, No. 46 und 47. — 12. Ortner: Zur Klinik der Angiosklerose der Darmarterien. Volkmanns Samml. klin. Vortr., No. 347, Jan. 1903. — 13. Jul. Schnitzler: Zur Symptomatologie des Darmarterienverschlusses. Wiener med. Wochenschrift 1901, S. 506. — 14. Schrötter: Erkrankungen der Gefässe. Nothnagels Spez. Path. u. Ther., Bd. XV. — 15. L. Traube: Gesammelte Beiträge zur Pathologie und Physiologie, Bd. II u. III. — 16. Zuntz: Ueber die Ursachen des Meteorismus. Deutsche Med.-Zeitg. 1886, No. 86 u. 87.

Herr **A. Homburger: Ueber einige Verlaufsformen der Arteriosklerose des Gehirns.**

Aus der Mannigfaltigkeit der Formen der zerebralen Arteriosklerose greift Vortr. 3 besonders wichtige Verlaufsarten heraus: 1. das Initialstadium: In ihren Hauptzügen gleicht die beginnende Gehirnarteriosklerose am meisten der Neurasthenie; differentialdiagnostisch wichtig gegenüber dieser ist die mangelnde Erholungsfähigkeit nach Leistungen, die das persönliche Durchschnittsmass nicht überschreiten und zwar bei genügender Ruhe; ferner gewisse Symptome im Bereich der Gefässfunktion: Kongestionen nach dem Kopf zu Zeiten subjektiver Erschöpfung und besonders abends, Blässe am Morgen, jäher Wechsel zwischen Blässe und Röte. Diese Erscheinungen haben entscheidenden Wert in den Fällen, in welchen keine Ursache körperlicher oder geistiger Ueberanstrengung oder irgend ein sonstiges bestimmtes ätiologisches Moment nachweisbar ist, wie es für die Diagnose der Erschöpfungsneurasthenie gefordert werden muss, und keine Heredität oder persönliche Disposition, die die Annahme einer konstitutionellen Neurasthenie rechtfertigen würde. Dazu kommen die präsenile Verminderung der Schlaffähigkeit, wie sie Vortr. früher ausführlich beschrieb, ferner psychische Symptome, wie unmotivierter Stimmungswechsel, Kleinheitsideen, Gefühl verminderter Leistungsfähigkeit, hypochondrische Ueberbewertung subjektiver Beschwerden im allgemeinen. Wenn in diesem Stadium der Pat. ruhiggestellt wird, seine Lebensweise und Ernährung geregelt wird, eventuell durch Anstaltsbehandlung, so tritt fast in allen Fällen in Wochen bis einigen Monaten eine Anpassung an die veränderten Zirkulationsverhältnisse ein, eine weitgehende Remission, die viele Jahre durch entsprechende Lebensweise unterhalten werden

kann; auch weiterhin verhält sich die Arteriosklerose in den meisten Fällen remittierend und exazerbierend und zeigt erst dann im klinischen Bild den Charakter der Progredienz, wenn die funktionelle Ausgleichsfähigkeit im Gefässystem erschöpft ist.

2. Dieser Form gegenüber gibt es eine genuin-progrediente Verlaufsart, die von vorneherein eine schnell fortschreitende Tendenz zeigt und ohne Remissionen zu frühzeitigem geistigen Verfall führt, das Senium praecox, als dessen anatomische Grundlage die arteriosklerotische Rindendegeneration Alzheimers und Binswangers anzusehen ist. Die Fälle sind von besonderer sozialer Wichtigkeit, da die progrediente Gefässerkrankung sehr schnell zum sozialen Rückgang führt und zur selbständigen Existenz unfähig macht; sekundärer Alkoholismus, antisoziales Allgemeinverhalten, Kriminalität kommen sehr häufig zur Beobachtung. Die Krankheit wird oft verkannt, entweder mit dem Alkoholismus verwechselt oder für Simulation und Aggravation gehalten. Der Grund hierfür liegt darin, dass nur selten derselbe Arzt den ganzen Verlauf der Krankheit bis zur Verblödung beobachten kann.

3. bespricht H. die Beziehungen zwischen Trauma und Arteriosklerose und bestätigt insbesondere die Erfahrungen von Friedmann, Oppenheim, Bruns u. a. bezüglich der ungünstigen Beeinflussung von Traumen, besonders Kopftraumen, auch leichten, hinsichtlich des Verlaufs einer erst beginnenden Arteriosklerose, die dann oft schnell progredient wird und zum Siechtum führt; ebenso wichtig ist aber die ungünstige Bedeutung der Arteriosklerose für die Prognose von Unfallneurosen im Sinne einer Verminderung der Erholungsfähigkeit.

Die Diskussion der gesamten Vorträge über die Arteriosklerose (cf. Sitzungsberichte vom 20. November und 4. Dezember) wird vertagt.

Für das Jahr 1906 werden gewählt: zum II. Vorsitzenden Herr Sippel, zum II. Schriftführer Herr Seligmann; in den Fünferausschuss die Herren Cuno, Nohstadt, Hohenemser, L. Auerbach, Seckbach.

Wiedergewählt werden für die Jahre 1906—1910 als Schatzmeister Herr Laquer, als Archivar Herr Altschul, als Vorsitzender der Redaktionskommission Herr A. Knoblauch, ebenso als Mitglieder der Bibliothekskommission die Herren Roediger, Ebenau, Edinger, zu denen an Stelle der † Herren Schwenck und Weigert die Herren E. Albrecht und Günzburg gewählt werden.

Zweiter Teil.

Geschäftliche Mitteilungen.

Geschäftliche Mitteilungen des Aerztlichen Vereins.

1. Jahresbericht über die Tätigkeit des Aerztlichen Vereins im Jahre 1905.

Von Dr. A. Nebel.

Den Vorstand bildeten in dem abgelaufenen — sechzigsten — Vereinsjahr die Herren: L. Rehn, I. Vorsitzender, E. Cohn, II. Vorsitzender, A. Nebel, I. Schriftführer, J. Rosengart, II. Schriftführer.

Dem Fünferausschuss gehörten an die Herren Feis, Harbordt, Kasprzik, A. Knoblauch und Lachmann.

Die Zahl der ordentlichen Mitglieder betrug am 1. Januar 1905 288. Durch den Tod verlor der Verein die Herren Fritsch, Schwenck, Weidemann, Kirberger, Jacobi und Guttenplan, denen in den Vereinssitzungen und bei der Bestattung die üblichen Ehrungen erwiesen wurden.
Seinen Austritt erklärte Herr E. Homberger.

Als ordentliche Mitglieder wurden aufgenommen die Herren: Eugen Albrecht (seit 1. XII. 1904 Direktor des Dr. Senckenbergischen pathologischen Instituts als Nachfolger C. Weigerts), Willy Pfeiffer, Karl Raake, Richard Pfeiffer, Gustav Lindenmeyer, Willy Bornemann, Georg Fleck, Fritz Ahrent, Peter Geelvink, Ernst Weber, Friedrich Noll, Paul Wagner, Heinrich Rosenhaupt, Karl Beck, Sidney Lilienfeld, Albert Villaret (Generalarzt des XVIII. Armeekorps), Ferdinand Becker, August Weber, Siegfried Goldschmidt, Norbert Sommerlat, Arnold Wegener, Friedrich Adolph, Heinz Richartz und August Homburger.

Von den 77 ausserordentlichen Mitgliedern, die der Verein am 1. Januar zählte, verstarben im Laufe des Jahres: Herr v. Büngner (Direktor des Landkrankenhauses zu Hanau) und Fräulein Karoline Knur (Assistentin an der städtischen Irrenanstalt. Es traten aus die Herren Hallauer, Berliner, Engelhardt, Klieneberger, Koch, v. Mielecki, Laspeyres, Schablowski; in die Reihe der ordentlichen Mitglieder traten über die Herren Lindenmeyer, Adolph (bisher in Königstein), A. Homburger.

Als ausserordentliche Mitglieder traten ein die Herren Krauss, Drüner, Laubenheimer, Arnold, W. v. Noorden (Homburg), G. Embden, Schroeder, Engels, H. Hübner, Isserlin (Soden a. T.), Ernst Wolf, Martin, Diepgen, Boit, Weiss (Oberreifenberg), Bräutigam, Schliep, Richard Sartorius, Schilling, Wislicenus, Gustav Oppenheim, Massini, Riechelmann-Homburg, Haase-Homburg.

Im Laufe des Jahres waren vorübergehend ausserordentliche Mitglieder die Herren Grüneberg, Sames-Eppstein und Trappe.

Uebersicht:

a. Zahl der ordentl. Mitglieder am 1. Januar 1905		288
Abgang im Jahre 1905: durch Tod 6		
durch Austritt 1		
		7
		281
Zugang im Jahre 1905:		24
Zahl der ordentl. Mitglieder am 31. Dez. 1905:		305
b. Zahl der ausserordentl. Mitglieder am 1. Januar 1905		77
Abgang im Jahre 1905: durch Tod	2	
durch Austritt	8	
durch Uebertritt in die Reihe der ordentl. Mitglieder	3	13
		64
Zugang im Jahre 1905		24
Zahl der ausserordentl. Mitglieder am 31. Dezember 1905:		88

In den Standesausschuss wurden an Stelle der satzungsgemäss ausscheidenden Mitglieder für die Zeit vom 1. April 1905 bis 1908 gewählt die Herren Daube- Hergenhahn

und Ransohoff, als Ersatz für Herrn Kirberger Herr Oehler (bis 1. April 1907).

Danach setzte sich der Standesausschuss vom 1. April an zusammen aus den Herren Eiermann, Jaffé, O. V. Müller (1903), Fridberg, Günzburg, Oehler (1904), Daube, Hergenhahn, Ransohoff (1905).

Die Teilnahme an den Vereinssitzungen war durch die anregende Amtsführung des Vorsitzenden eine aussergewöhnlich lebhafte. Die 22 ordentlichen und 7 ausserordentlichen Sitzungen waren wiederholt so stark besucht, dass der zurzeit noch als Versammlungsort dienende Hörsaal im alten Senckenbergischen Bibliotheksgebäude am Eschenheimer Tor sich als nicht mehr ausreichend erwies.

Einen besonders bedeutsamen Verhandlungsgegenstand bildeten während des ersten Halbjahres die Beratungen über die von dem Vorsitzenden erstrebte Veröffentlichung der Vereinsverhandlungen, die in früheren Jahren vom Verein wiederholt abgelehnt worden war. Am 26. Juni wurden die Verhandlungen damit zum Abschluss gebracht, dass ein Vertrag mit der Redaktion und dem Verlag der Münch. med. Wochenschrift genehmigt wurde, nach welchem die Sitzungsberichte vom 1. Juli an in dieser Zeitschrift erscheinen. Gleichzeitig wurde auch der übrige Teil des seitherigen Jahresberichtes vom Jahre 1905 an umgestaltet, und die neue Aufstellung der Statistiken der Krankenanstalten nach einheitlichen Gesichtspunkten auch für den noch ausstehenden Bericht über das Jahr 1904 beschlossen, weshalb sich dessen Herausgabe, wie die des vorliegenden wesentlich verzögern wird.

Der gesamte Jahresbericht, der seither von der Firma Mahlau & Waldschmidt verlegt wurde, wird vom laufenden Jahre an im Verlag der Münch. med. Wochenschr. erscheinen. Die sich auf die Umgestaltung desselben beziehenden Beschlüsse und der Vertrag mit der Münch. med. Wochenschrift sind nebst den Bestimmungen über die Zusammenstellung der Sitzungsberichte auf S. 18 bis 22 zum Abdruck gebracht.

Ebenso wie um die Veröffentlichung der Sitzungsberichte bemühte sich der Vorsitzende um die Einführung einer ärztlichen Sonntagsruhe. Die Verhandlungen hierüber wurden vor Schluss des Jahres nicht mehr zu Ende geführt, werden aber, nachdem im Prinzip die Einführung eines ärztlichen Sonntagsdienstes beschlossen wurde (cf. die Protokolle vom 31. X. und 12. XII.) im Sinne des Vorsitzenden ihre Erledigung finden.

Vom 16. Januar an fanden die Demonstrationen von seiten des Senckenbergischen pathologischen Instituts durch den zu Weigerts Nachfolger ernannten Herrn Albrecht statt. Eine besondere Belebung fanden dieselben vom April an durch die Verwendung eines Epidiaskops, für dessen Schenkung dem hochherzigen Stifter, Herrn Fritz Gans, an dieser Stelle noch der besonders warme Dank des Vereins zum Ausdruck gebracht sei.

Während der Vereinsferien fielen die zweite Juli- und erste Augustsitzung aus.

Am 13. August feierte der Verein das 50 jährige Doktorjubiläum des Herrn Heinrich Rehn durch eine akademische Feier im Hörsaal der Senckenbergischen Bibliothek und durch ein Festessen in der Rosenau.

Der Ortsausschuss des Komitees für die Fortbildungskurse der Aerzte beschloss in seiner Sitzung vom 24. V. den jeweiligen Vorsitzenden des Aerztlichen Vereins zum stimmberechtigten Mitglied zu wählen, um über die vom Verein geäusserten Wünsche jederzeit orientiert zu sein.

Ebenso fasste der Frankfurter Verein zur Bekämpfung der Schwindsuchtsgefahr den Beschluss, einen Vertreter des Aerztlichen Vereins mit Sitz und Stimme in den Verwaltungsrat aufzunehmen; vom Verein wurde Herr E. Cohn delegiert.

Bei den Neuwahlen zur Aerztekammer für die Provinz Hessen-Nassau wurden nach voraufgegangener Verständigung mit den Wiesbadener ärztlichen Vereinen aus der Reihe der Vereinsmitglieder für die Jahre 1906—1908 gewählt: als Mitglieder der Kammer die Herren E. Cohn, Daube, Ebenau, Eiermann, Fridberg, E. Hübner, Jaffé, A. Knoblauch, als Stellvertreter die Herren Baerwind, Hirschberg, Hohenemser, A. Nebel, Nohstadt, Oehler, Scheven, v. Wild.

Auf dem am 23. und 24. Juni in Strassburg abgehaltenen Deutschen Aerztetag wurde der Verein durch Herrn E. Cohn vertreten.

In die Kommission für die Zuerkennung des Stiebelpreises im Jahre 1906 wurden die Herren H. Rehn und E. Albrecht delegiert.

Von den städtischen Behörden wurde wie in den Vorjahren, der Zuschuss von 1200 M. in dankenswerter Weise wieder bewilligt.

Herr Harbordt schenkte dem Verein „mit Rücksicht auf die vielfache Anregung und Belehrung, die er dem Aerzt-

lichen Verein in den 34 Jahren seiner Mitgliedschaft verdanke“, einen Schaukasten zur Demonstration von Röntgenplatten.

Herr H. Rehn gab seinem Dank für die Feier seines Jubiläums durch Stiftung einer Virchowplakette Ausdruck.

Im Sitzungssaal wurde zum bleibenden Andenken an den im Jahre 1904 verstorbenen, um den Verein hochverdienten Herrn Cnyrim dessen von Fräulein Ottilie Roederstein gemaltes Bild angebracht, zu dem die Mittel aus freiwilligen Mitgliederbeiträgen zusammengebracht waren.

Das Stiftungsfest wurde unter grosser Beteiligung am 4. November im Frankfurter Hof gefeiert; mit Rücksicht auf die Bedeutung desselben als 60 jährigen waren die städtischen Behörden zur Teilnahme eingeladen, als deren Vertreter Herr Stadtrat Lautenschlager anwesend war.

Ein „Diskussionsabend“, der zur zwanglosen Besprechung ärztlicher Fragen eingerichtet worden war (cf. Protokoll vom 2. Januar), fand durch eine von Anfang an geringe Beteiligung bald wieder ein Ende.

In der letzten Sitzung des Jahres wurden für das Jahr 1906 als II. Vorsitzender Herr Sippel, als II. Schriftführer Herr Seligmann und als Mitglieder des Fünferausschusses die Herren L. Auerbach, Cuno, Hohenemser, Nohstadt und Seckbach gewählt. Nach Ablauf der fünfjährigen Amtsperioden wurden für die Jahre 1906—1910 als Mitglieder der Bibliothekskommission die Herren Ebenau, Edinger, Roediger wieder —, als Ersatz für die Herren Schwenk und Weigert die Herren E. Albrecht und Günzburg neugewählt. Ebenso wurden wiedergewählt Herr A. Knoblauch als Vorsitzender der Redaktionskommission (über deren neue Zusammensetzung cf. S. 19) und als Archivar Herr Altschul. Besonders dankbar war es zu begrüssen, dass auch Herr Laquer sich bereit fand, für weitere 5 Jahre das bisher von ihm mit grossem Geschick verwaltete Amt des Schatzmeisters zu übernehmen, das bei dem ständigen Wechsel in der Vereinsleitung für die Erhaltung der Tradition von besonderer Bedeutung ist.

Ordentliche Mitglieder des Aerztlichen Vereins
am 31. Dezember 1905.
(Verein gegründet im Jahre 1845.)

No.	Namen	Approbiert	Promoviert	In Frankfurt als Arzt niedergelassen	Mitglied des Aerztlichen Vereins
1	Dr. Schmidt, Jean, Sanitätsrat	1855	1853	1855	1855
2	» Neubürger, Theodor, Geh. San.-R.	1854	1853	1854	1855
3	» Schmidt Mor tz, Exz. Wirkl. Geh. Rat	1861	1860	1861	1862
4	» Bardorff, Carl	1863	1861	1863	1863
5	» Schott, Eugen, Sanitäts-Rat	1864	1860	1864	1864
6	» Bockenheimer, Jak. Geh. San.-Rat	1863	1861	1863	1864
7	» Altschul, Gustav, San.-Rat	1862	1862	1864	1864
8	» de Bary, Jakob, San.-Rat	1865	1864	1865	1865
9	» Kirchheim, Simon	1865	1864	1865	1865
10	» Glöckler, Alexander, San-Rat	1865	1864	1866	1866
11	» Mappes, Georg	1867	1866	1867	1867
12	» Vömel, Heinrich, San.-Rat	1867	1866	1867	1868
13	» Loretz, Wilhelm, San.-Rat	1867	1866	1868	1869
14	» Krüger, Gustav, San.-Rat	1865	1864	1869	1869
15	» Wolf, Oskar, San.-Rat	1867	1866	1870	1870
16	» Fridberg, Robert, San.-Rat	1867	1867	1870	1870
17	» Cohn, Emanuel, San.-Rat	1867	1866	1867	1870
18	» Harbordt, Adolf, San.-Rat	1868	1867	1869	1871
19	» Blumenthal, Ernst	1869	1869	1872	1872
20	» Rehn, Heinrich, Geh. San.-Rat	1857	1855	1872	1872
21	» Hirschberg, Max, San.-Rat	1867	1866	1873	1873
22	» Jung-Marchand, August	1872	1870	1872	1873
23	» Klingelhöffer, August, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt	1870	1870	1874	1875
24	» Rosenbaum Elieser	1876	1874	1876	1876
25	» Jaffé, Theophil, San.-Rat	1874	1873	1876	1876
26	» Sommerlat, Ludwig, San.-Rat	1874	1876	1876	1877
27	» Carl, August, San.-Rat	1875	1874	1878	1878
28	» Küppers, Markus, San. Rat	1874	1873	1874	1878
29	» Sippel, Albert, Professor	1875	1875	1878	1878
30	» Kaufmann, Karl	1875	1874	1879	1879
31	» Zimmern, Siegmund, San.-Rat	1866	1865	1881	1881
32	» Lachmann, Bernhard, San.-Rat	1877	1876	1881	1881
33	» Fester, Otto, San.-Rat	1877	1877	1880	1882
34	» Rehn, Louis, Professor	1874	1875	1882	1882
35	» Auerbach, Leopold	1880	1880	1881	1882
36	» Loeb, Michael	1866	1866	1882	1882

No.	Namen	Approbiert	Promoviert	In Frankfurt als Arzt niedergelassen	Mitglied des Aerztlichen Vereins
37	Dr. Edinger, Ludwig, Professor	1877	1876	1883	1883
38	» Laquer, Leopold	1880	1879	1883	1883
39	» Nohstadt, Rudolf	1879	1879	1879	1883
40	» Eulenstein, Heinrich	1883	1882	1883	1883
41	» Pinner, Oskar, San.-Rat	1875	1875	1883	1883
42	» Elle, Johannes	1882	1882	1883	1884
43	» Bärwindt, Franz	1880	1883	1880	1884
44	» Fürst, Bernhard	1883	1883	1884	1884
45	» Eulau, Siegmund	1882	1883	1884	1884
46	» Seligmann, Heinrich	1882	1881	1884	1884
47	» Hesdörffer, Julius	1883	1883	1884	1885
48	» Wohlfarth, Ernst	1876	1876	1876	1885
49	» Vohsen, Karl	1883	1882	1885	1885
50	» Oehler, Rudolf	1883	1884	1885	1885
51	» Ebenau, Friedrich	1875	1875	1885	1885
52	» Gottschalk, Joseph	1882	1883	1886	1886
53	» Schott, Theodor, Professor	1877	1877	1886	1886
54	» Schmidt, Julius	1881	1881	1886	1886
55	» Günzburg, Alfred	1885	1885	1886	1886
56	» Rosenmeyer, Ludwig	1881	1881	1886	1886
57	» Wallach, Emil	1878	1879	1886	1886
58	» Asch, Ernst	1886	1884	1887	1887
59	» Oppenheimer, Oskar	1883	1884	1887	1887
60	» Scriba, Eugen	1884	1884	1887	1887
61	» Herxheimer, Karl	1885	1884	1887	1887
62	» Hübner, Emil	1885	1886	1887	1887
63	» Schlesinger, Hermann	1879	1879	1887	1887
64	» Rödiger, Ernst	1884	1885	1887	1887
65	» Mayer, Heinrich	1887	1886	1888	1888
66	» Flesch, Max, Professor	1873	1872	1888	1888
67	» Rosengart, Josef	1884	1887	1888	1888
68	» Wolff, Ludwig	1885	1885	1888	1888
69	» Neubürger, Otto	1888	1887	1888	1888
70	» Sioli, Emil,	1876	1875	1888	1888
71	» Kahn, Ernst	1885	1888	1888	1888
72	» Müller, Heinrich	1873	1873	1884	1888
73	» Demmer, Theodor	1883	1883	1889	1889
74	» Friedländer, Julius	1884	1884	1889	1889
75	» Nebel, Hermann	1878	1877	1889	1889
76	» Seuffert, Theodor	1881	1881	1889	1889
77	» Walter, Leopold	1879	1879	1889	1889
78	» Jourdan, Adolf	1888	1888	1889	1889
79	» Grandhomme, Wilh., Geh. Med.-R. Kreisarzt	1860	1860	1889	1889
80	» Hirsch, Raphael	1888	1888	1890	1890
81	» Hirsch, Wolf	1889	1888	1890	1890

No.	Namen	Approbiert	Promoviert	In Frankfurt als Arzt niedergelassen	Mitglied des Aerztlichen Vereins
82	Dr. Ettlinger, Albert	1885	1884	1890	1890
83	» Weber, Heinrich	1888	1888	1890	1890
84	» Kömpel, Eduard	1888	1888	1890	1890
85	» von Wild, Rudolf	1887	1887	1890	1890
86	» Simon, Elias	1889	1888	1890	1890
87	» Nebel, August,	1886	1886	1890	1890
88	» Heyder, Heinrich	1889	1889	1890	1890
89	» Stroh, Wilhelm	1888	1888	1890	1891
90	» Lampé, Eduard	1884	1884	1890	1891
91	» Knoblauch, August	1887	1888	1891	1891
92	» Stern Richard	1889	1889	1891	1891
93	» Avellis, Georg	1888	1888	1890	1891
94	» Cahen-Brach, Eugen	1887	1887	1891	1891
95	» Kaiser, Ludwig	1890	1890	1891	1891
96	» Spiess, Gustav, Professor	1890	1890	1891	1891
97	» Gunz, Otto	1889	1891	1891	1891
98	» Fromm, Emil, Kreis-Assistenzarzt	1886	1886	1891	1891
99	» Mehler, Ludwig	1891	1890	1891	1891
100	» Ascher, Julius	1886	1885	1892	1892
101	» Abraham, Siegmund	1891	1891	1892	1892
102	» Gause, August	1889	1890	1892	1892
103	» Ransohoff, Moritz	1883	1883	1892	1892
104	» Auerbach, Siegmund	1890	1890	1892	1892
105	» Hanauer, Wilhelm	1890	1890	1892	1892
106	» Blum, Ferdinand	1890	1890	1892	1892
107	» Cuno, Friedrich	1891	1891	1892	1892
108	» Deutsch, Adolf	1891	1891	1892	1892
109	» Kramer, Robert	1890	1890	1892	1892
110	» Katzenstein, Moritz	1891	1891	1892	1893
111	» von Meyer, Edward	1887	1887	1893	1893
112	» Marx, Karl	1892	1892	1893	1893
113	» Brodnitz, Siegfried	1890	1890	1893	1893
114	» Benario, Jacques	1891	1891	1893	1893
115	» Kahn, Ferdinand	1891	1891	1893	1893
116	» Kayser, Heinrich	1889	1889	1893	1894
117	» Streng, Wilhelm	1888	1888	1894	1894
118	» Eiermann, Arnold	1891	1891	1894	1894
119	» Knickenberg Ernst	1892	1890	1894	1894
120	» Goldbaum, Adolf	1879	1879	1889	1894
121	» Keller, Gottfried	1887	—	1887	1894
122	» Kohn, Julius	1890	1891	1894	1894
123	» Kallmorgen Wilhelm	1890	1889	1894	1894
124	» Fath, Siegmund	1888	1893	1894	1894
125	» Stern, Albert	1893	1893	1894	1894
126	» Fulda, Heinrich	1893	1893	1894	1894
127	» Ullmann Adolf	1883	1894	1894	1894

No.	Namen	Approbiert	Promoviert	In Frankfurt als Arzt niedergelassen	Mitglied des Aerztlichen Vereins
128	Dr. von Noorden, Karl, Professor	1882	1881	1894	1894
129	» Feis, Oswald	1891	1889	1894	1894
130	» Diefenbach, Josef	1891	1890	1894	1894
131	» Grossmann, Otto	1884	1884	1894	1894
132	» Kurtz, Friedrich	1893	1892	1894	1894
133	» von den Velden, Friedrich	1892	1892	1894	1894
134	» Krug, Josef	1890	1892	1892	1895
135	» Streitke, Gotthold	1891	1891	1895	1895
136	» Hanau, Ludwig	1890	1890	1891	1895
137	» Daube, Kurt, Sanitätsrat	1872	1871	1875	1895
138	» Strauss, Zadok	1892	1892	1893	1895
139	» Löwenthal, Viktor	1889	1888	1890	1895
140	» Hohenemser, Otto	1892	1892	1895	1895
141	» Minkel, Adolf	1895	1893	1895	1895
142	» Feuchtwanger, Albert	1890	1890	1895	1895
143	» Rauch, Fritz	1893	1893	1895	1895
144	» Korte, Heinrich	1892	1892	1895	1895
145	» Baerwald, Arnold	1891	1893	1895	1895
146	» Stern, Josef	1895	1894	1895	1895
147	» Hergenhahn, Eugen	1891	1891	1895	1895
148	» Libbertz, Arnold, Sanitätsrat	1867	1867	1878	1895
149	» Labes, Ulrich	1890	1895	1895	1895
150	» Ebeling, Hugo,	1890	1893	1893	1896
151	» Sanner, Rudolf	1894	1894	1895	1896
152	» Lapp, Wilhelm	1893	1897	1896	1896
153	» Seckbach, Viktor	1894	1892	1896	1896
154	» Grünwald, Karl	1891	1890	1896	1896
155	» Rosenbaum, Emil	1894	1894	1896	1896
156	» Buecheler, Anton	1890	1889	1896	1896
157	» Solm Richard	1889	1889	1896	1896
158	» Kasprzik, Rudolf	1878	1877	1896	1896
159	» Gärtner, Ludwig	1894	1894	1896	1896
160	» Veis, Julius	1894	1894	1896	1896
161	» Baer, Theodor	1893	1892	1896	1896
162	» Weyrauch, Julius	1893	1893	1896	1896
163	» Bermann, Ferdinand	1892	1892	1897	1897
164	» Heimann, Arthur	1896	1895	1897	1897
165	» Petersen, Ernst	1885	1886	1897	1897
166	» Siegel, Ernst	1893	1892	1897	1897
167	» von Mettenheimer, Heinrich	1893	1893	1897	1897
168	» Rothschild, John	1894	1892	1897	1897
169	» Gross, Otto	1893	1894	1897	1897
170	» Hainebach, Julius	1894	1893	1897	1897
171	» Wulff, Gottlieb	1895	1895	1897	1897
172	» Dreyfuss, Max	1893	1895	1897	1897
173	» Hausmann, Franz	1893	1892	1897	1897

No.	Namen	Approbiert	Promoviert	In Frankfurt als Arzt niedergelassen	Mitglied des Aerztlichen Vereins
174	Dr. Stiebel, Gustav	1896	1895	1897	1897
175	» Gelhaar, Erich	1895	1894	1898	1898
176	» Lange, Jakob	1897	1896	1898	1898
177	» Kratzenstein, Georg	1894	1894	1898	1898
178	» Simon, Max	1893	1894	1998	1898
179	» Fonrobert, Alexander	1894	1895	1898	1898
180	» Peschel, Max, Professor	1873	1876	1898	1898
181	» Weilhammer, Hans	1890	1891	1898	1898
182	» Witebsky, Michael	1895	1896	1898	1898
183	» Doctor, Ernst	1896	1896	1898	1898
184	» Nahm, Jakob	1894	1895	1898	1898
185	» Müller, Otto Viktor	1896	1897	1898	1898
186	» Berg, Georg	1888	1888	1892	1898
187	» Bamberger, Simon	1897	1897	1899	1899
188	» Schnaudigel, Otto	1894	1894	1899	1899
189	» Strauss, Alfred	1896	1897	1899	1899
190	» Neuberger, Julius	1895	1896	1899	1899
191	» Bär, Bernhard	1897	1897	1899	1899
192	» Bischofswerder, Alfred	1898	1895	1899	1899
193	» Mayer, Josef	1898	1896	1899	1899
194	» Plaut, Theodor	1897	1897	1899	1899
195	» Lehmann, Karl	1897	1897	1899	1899
196	» Fromm, Simon	1898	1897	1899	1899
197	» Meder, Felix	1893	1892	1899	1899
198	» Werthmann, Johann Lorenz	1895	1893	1899	1899
199	» Tassius, Viktor	1884	1884	1899	1899
200	» Ehrlich, Paul, Professor, Geheimer Med.-Rat	1878	1878	1899	1899
201	» Neisser, Max, Professor	1893	1893	1899	1899
202	» Kaufmann, Rafael	1897	1897	1899	1899
203	» Mainzer, Max	1895	1894	1899	1899
204	» Amberger, Jakob	1895	1894	1899	1899
205	» Weydt, Georg	1896	1898	1899	1899
206	» Strauss, Josef	1895	1895	1899	1899
207	» Grandhomme, Fritz	1898	1899	1899	1899
208	» Böhm, Henry	1894	1893	1899	1899
209	» Scheven, Otto	1896	1896	1899	1899
210	» Ganz, Otto	1896	1893	1900	1900
211	» Scherer, Josef	1897	1897	1900	1900
212	» Bode, Friedrich	1895	1894	1900	1900
213	» König, Karl	1893	1892	1900	1900
214	» Schmidt, Isidor	1898	1897	1900	1900
215	» Dornblüth, Otto	1884	1884	1900	1900
216	» Kutz, Arthur	1896	1895	1900	1900
217	» Hildebrand, Richard	1897	1897	1900	1900
218	» Krämer, Felix	1892	1892	1900	1900

No.	Namen	Approbiert	Promoviert	In Frankfurt als Arzt niedergelassen	Mitglied des Aerztlichen Vereins
219	Dr. Marcus, Otto	1895	1894	1900	1900
220	» Straus, Friedrich	1896	1895	1900	1900
221	» Landsberg, Ludwig	1899	1897	1900	1900
222	» Sopp, Anton	1897	1898	1900	1900
223	» Metzger, Ludo	1896	1897	1900	1900
224	» Berlizheimer, Sigmund	1896	1895	1900	1900
225	» Haus, Rudolf	1898	1898	1901	1901
226	» Sachs, Michael	1895	1895	1901	1901
227	» de Bary, August	1897	1897	1901	1901
228	» Roth, Karl, Gerichtsarzt	1885	1883	1901	1901
229	» Weisbecker, Leopold	1895	1895	1901	1901
230	» Alexander, Franz	1896	1895	1901	1901
231	» Levy, Emil	1899	1898	1901	1901
232	» Thiergardt, Adolf	1898	1897	1901	1901
233	» Aschheim, Hugo	1898	1894	1901	1901
234	» Schlosser, Karl	1901	1901	1901	1901
235	» Rosenbaum, Saly	1901	1901	1902	1902
236	» Rothschild, Otto	1896	1895	1902	1902
237	» Scheffen, Hermann	1897	1897	1902	1902
238	» Maier, Ernst	1898	1897	1902	1902
239	» Schürenberg, Gustav	1897	1898	1902	1902
240	» Juliusberg, Fritz	1896	1896	1902	1902
241	» Scholz, Bernhard	1898	1898	1902	1902
242	» Gärtner, Hugo	1896	1897	1902	1902
243	» Hart, Karl	1875	1879	1902	1902
244	» Wachsmuth, Hans	1897	1897	1902	1902
245	» Zinn, Charles	1899	1899	1902	1902
246	» Gotthold, Jean	1900	1902	1902	1902
247	» Treupel, Georg, Professor	1891	1891	1903	1903
248	» Schlippe, Karl	1900	1900	1903	1903
249	» Krekels, Oskar	1895	1896	1903	1903
250	» von Geldern, Gräfin Friderika	1902	1897	1903	1903
251	» Schild, Rudolf	1897	1897	1903	1903
252	» Baur, Karl	1895	1895	1903	1903
253	» Werner, Emil	1900	1900	1903	1903
254	» Feuchtwanger, Jakob	1897	1897	1903	1903
255	» Meyer, Jakob	1899	1899	1903	1903
256	» Emanuel, Karl	1898	1898	1903	1903
257	» Sachs, Theodor	1898	1899	1898	1903
258	» Kling, Robert	1900	1901	1903	1903
259	» Hengsberger, August	1898	1898	1901	1903
260	» von Gosen, Hans	1899	1898	1903	1903
261	» Hirsch, Perez	1902	1902	1903	1903
262	» Guggenheim, Emil	1890	1890	1892	1903
263	» Baldes, Karl	1901	1901	1904	1904
264	» Knoblauch, Paul	1897	1896	1904	1904

No.	Namen	Approbiert	Promoviert	In Frankfurt als Arzt niedergelassen	Mi Aerztlichen Vereins
265	Dr. **Winterhalter**, Elisabeth	1889	1890	1891	1904
266	» **Levi**, Gustav	1886	1886	1886	1904
267	» **Noetzel**, Wilhelm	1893	1892	1899	1904
268	» **Ponfick**, Wilhelm	1898	1900	1904	1904
269	» **Grossmann**, Emil	1895	1895	1904	1904
270	» **Dostert**, Alfred	1902	1902	1904	1904
271	» **Assfalg**, Karl	1901	1901	1904	1904
272	» **Heichelheim**, Siegmund	1899	1898	1904	1904
273	» **Lejeune**, Adolf	1898	1898	1904	1904
274	» **Oxenius**, Richard	1897	1897	1904	1904
275	» **Koenig**, Albert, Stadtarzt	1886	1884	1904	1904
276	» **Jatho**, Heinrich	1900	1902	1904	1904
277	» **Ossenkopp**, Josef	1893	1891	1904	1904
278	» **Kränzle**, Paul	1895	1900	1901	1904
279	— **Oechelhäuser**, Otto	1904	—	1904	1904
280	Dr. **Lossen**, Kurt	1898	1898	1904	1904
281	» **Kurzezunge**, Dagobert	1901	1901	1904	1904
282	» **Albrecht**, Eugen	1896	1895	1904	1905
283	» **Pfeiffer**, Willy	1903	1903	1904	1905
284	» **Raake**, Karl	1897	1896	1904	1905
285	» **Pfeiffer**, Richard	1896	1897	1904	1905
286	» **Lindenmeyer**, Otto	1900	1900	1904	1905
287	» **Bornemann**, Wilhelm	1901	1905	1905	1905
288	» **Fleck**, Georg	1898	1897	1904	1905
289	» **Ahrent**, Fritz	1902	1902	1902	1905
290	» **Geelvink**, Peter	1895	1896	1904	1905
291	» **Weber**, Ernst	1904	1905	1905	1905
292	» **Noll**, Friedrich	1891	1892	1905	1905
293	» **Wagner**, Paul	1898	1899	1905	1905
294	» **Rosenhaupt**, Heinrich	1902	1902	1905	1905
295	» **Beck**, Karl	1901	1901	1905	1905
296	» **Lilienfeld**, Sidney	1899	1900	1905	1905
297	» **Villaret**, Albert, Generarzt d. XVIII Armeekorps	1872	1872	1905	1905
298	» **Becker**, Ferdinand	1897	1898	1905	1905
299	» **Weber**, August	1904	1905	1905	1905
300	» **Goldschmidt**, Siegfried	1903	1904	1905	1905
301	» **Sommerlat**, Norbert	1904	1904	1905	1905
302	» **Homburger**, August	1897	1898	1905	1905
303	» **Adolf**, Friedrich	1893	1894	1905	1905
304	» **Wegener**, Arnold †	1902	1902	1905	1905
305	» **Richartz**, Heinz	1893	1893	1905	1905

Ausserordentliche Mitglieder des Aerztlichen Vereins
am 31. Dezember 1905

No.	Namen	Approbiert	Promoviert	Niederlassung	Mitglied des Aerztl. Vereins
1	Dr. Thilenius, Otto Geh. San.-Rat, Soden a. T.	1869	1868	1870	1871
2	» Wilhelm, Ludwig, San.-Rat, Roedelheim	1877	1876	1878	1878
3	« Wolff, Karl, San.-Rat, Griesheim a. M.	1872	1870	1879	1879
4	« Hauser, Ludwig, Geh. Ober-Med Rat Darmstadt	1867	1867	1867	1879
5	» Lommel, Karl, San.-Rat, Homburg v. H.	1874	1873	1874	1879
6	« Weber, Karl, San.-Rat, Homburg v. H.	1871	1870	1872	1880
7	» Groedel, Isid., Prof. Med.-Rat, Bad-Nauheim	1874	1874	1875	1881
8	« Haupt, August, San.-Rat, Soden a. T.	1876	1875	1881	1881
9	» Beinhauer, Hugo, Med.-Rat, Kreisarzt Höchst a. M.	1873	1873	1882	1882
10	» Gottschalk, Eugen, Griesheim a. M.	1882	1882	1884	1884
11	« Müller, Richard, San.-Rat, Bad-Nauheim	1868	1868	1870	1884
12	» Bachfeld, Rudolf, Offenbach a. M.	1884	1884	1886	1885
13	« Gottfried, Jakob, Niederrad	1887	1890	1890	1887
14	» Hughes, Henry, Soden a. T.	1887	1887	1888	1888
15	« Sartorius, Ernst, Höchst a. M.	1885	1884	1888	1888
16	» Albrecht, Franz, Schmitten i. T.	1886	1886	1888	1889
17	» Hitzel, Adam, Geh. San.-R., Homburg v. H.	1863	1863	1863	1889
18	» Bruck, Martin, Bad-Nauheim	1889	1887	1889	1890
19	« Geist-Jakobi, G. P., Zahnarzt	1887	1888	1889	1890
20	— Peters, Hans, Zahnarzt	1888	—	1890	1890
21	Dr. Scherk, Karl, San.-Rat, Homburg v. H.	1867	1866	1890	1890
22	« Friedlieb, Karl, Homburg v. H.	1884	1884	1890	1891
23	» Knauf, Ernst, Neu-Isenburg	1885	1886	1885	1891
24	» Flichter, Leopold, Neu-Isenburg	1887	1887	1887	1892
25	» Oberstadt, Ferdinand, Med.-Rat, Kreisarzt, Langenschwalbach	1875	1874	1879	1892
26	» Kohnstamm, Oskar, Königstein a. T.	1894	1893	1895	1895
27	» Radt, Julian, Höchst a. M.	1888	1888	1888	1895
28	« Hartmann, Moritz. San.-Rat, Hanau	1875	1875	1876	1896
29	— Marcus, Robert, Zahnarzt	1895	—	1896	1896
30	Dr. Schaeffer-Stuckert, Fritz, Zahnarzt	1889	1895	1889	1896
31	» Schulze-Kahleyss, Max, Hofheim a. T.	1894	1894	1896	1896
32	» Feibusch, Karl, Zahnarzt	1895	1896	1896	1897
33	« Nützel, Christian, Hattersheim	1889	1890	1891	1897
34	— Theis, Wilhelm, Zahnarzt	1893	—	1893	1897
35	Dr. Günzel, Otto, Soden a. T.	1894	1894	1896	1898
36	« Gottschalk, Richard, Ginnheim	1887	1887	1899	1899
37	» Lipstein, Alfred	1899	1899	—	1899
38	« Pariser, Kurt, Homburg v. H.	1888	1886	1899	1899
39	« Rothschild, David, Soden a. T.	1898	1897	1899	1899
40	» Salomon, Hugo	1895	1895	—	1899
41	« Glanz, Adolf, Heddernheim	1898	1898	1900	1900

No.	Namen	Approbiert	Promoviert	Niederlassung	Mitglied des Aerztl. Vereins
42	Dr. Friedländer, Adolf, Hohe Mark	1895	1895	1904	1900
43	» Laudenheimer, Rudolf, Alsbach a. B.	1894	1894	1900	1900
44	» Maley, Adolf, Vilbel	1883	1883	1887	1900
45	» Frank, Karl, Zahnarzt	1892	1893	1895	1901
46	» Krogh, Axel, Rödelheim	1897	1896	1897	1901
47	» Langebartels, H. Th. C. Bad-Nauheim	1891	1891	1891	1901
48	» Lewinsohn, Benno, Soden a. T.	1900	1900	1901	1901
49	» Sachs, Hans	1900	1900	—	1901
50	» Lilienstein, Siegfried, Bad-Nauheim	1895	1895	1902	1902
51	» Goldberg, Ludwig, Heddernheim	1888	1888	1899	1902
52	» Mayer, Karl, Wiesbaden	1882	1883	1902	1885
53	» Scherf, Josef, Bad Orb	1892	1892	1893	1902
54	» Spielmans, Max, Homburg v. H.	1901	1901	1902	1902
55	» Ewald, Walter	1902	1902	1903	1903
56	» Herrmann, Karl, Königstein a. T.	1899	1898	1903	1903
57	» Löffler, Gustav	1902	1902	1902	1903
58	» von Ploennies, Ernst, Kronberg a. T.	1887	1887	1903	1903
59	» Vatter, Gustav	1900	1901	—	1903
60	» Häberlin, Karl, Bad-Nauheim	1903	1903	1904	1904
61	» Kalberlah, Fritz	1900	1900	—	1904
62	» Liefmann, Emil	1901	1901	—	1904
63	» Marx, Ernst, Professor, Stabsarzt	1895	1893	1899	1900
64	» Otto, Richard, Stabsarzt	1897	1896	1904	1904
65	» Krauss, Gustav	1887	1887	—	1905
66	» Drüner, Leo, Stabsarzt	1894	1894	—	1905
67	» Laubenheimer, Kurt	1902	1903	—	1905
68	» Arnold, Friedrich	1896	1894	—	1905
69	» von Noorden, Werner, Homburg v. H.	1885	1885	1904	1905
70	» Embden, Gustav	1899	1899	—	1905
71	» Schroeder Max	1903	1903	—	1905
72	» Engels, Wladimir	1904	1904	—	1905
73	» Hübner, Hans	1900	1901	—	1905
74	» Isserlin, Max, Soden a. T.	1900	1903	1905	1905
75	» Wolf, Ernst	1900	1900	—	1905
76	» Martin, Georg	1899	1899	—	1905
77	» Diepgen, Paul	1902	1902	—	1905
78	» Boit, Hans	1901	1905	—	1905
79	— Weiss, Albert, Oberreifenberg	1903	—	1905	1905
80	Dr. Bräutigam, Heinrich	1901	1904	—	1905
81	» Schliep, Leopold	1902	1902	—	1905
82	» Sartorius, Richard	1903	1903	—	1905
83	» Schilling, Karl Friedrich	1905	1905	—	1905
84	» Wislicenus, Gustav	1902	1903	—	1905
85	» Oppenheim, Gustav	1905	1905	—	1905
86	» Massini, Rudolf	1902	1902	—	1905
87	» Riechelmann, Wilhelm, Homburg v. H.	1901	1901	1905	1905
88	» Haase, Wilhelm, Homburg v. H.	1900	1899	1903	1905

Personalien der im Jahre 1905 neu eingetretenen ordentlichen Mitglieder.

	Zu- und Vorname	Zeit und Ort der Geburt	Besuchte Universitäten	Jahr u. Ort der Approbation	Jahr u. Ort der Promotion	Seitherige Tätigkeit
1.	Albrecht Eugen	21. Juni 1872 Sonthofen i. Allgäu	München	1896 München	1895 München	1896—1897 Assistent am Anatom. Institut in Halle. 1897—1898 Arbeit an der Zoolog. Station in Neapel. 1898 Assist. der Biol. Station des Deutschen Fischerei-Vereins in München. 1889 Assist. am Pathol. Institut in München. 1900—1904 Prosektor am Krankenh. r. I. in München. 1. XII. 1904 Direktor des Dr. Senckenbergischen pathol. Instituts.
2.	Pfeiffer Willy	29. Juni 1879 Stuttgart	Tübingen, Erlangen, Kiel	1903 Tübingen	1903 Tübingen	Arbeiten bei Prof. v. Krehl und Prof. Marchand in Leipzig. Seit 1. V. 04 Assist. bei Dr. G. Spiess.
3.	Raake Karl	24. Jan. 1874 Lüneburg	Marburg, Berlin, Würzburg	1897 Würzburg	1896 Würzburg	1897 Assist. bei Dr. Poensgen (Nassau.) Bis Herbst 1904 Militärarzt. 1. X. 1904 Assist. bei Dr. G. Spiess.
4.	Pfeiffer Richard	3. April 1872 Breslau	Genf, München, Breslau	1896 Breslau	1897 Leipzig	Sept. 96—Juli 97 Volont. im Hospital Allerheiligen in Breslau (Prof. Buchwald.) Juli 97—Dez. 99 Schiffsarzt. Dez. 99—April 1900 Volontär der chirurg. Station des Elisabethinerinnen-Klosters zu Breslau (Oberarzt Dr. May.) April—Sept. 1900 Volontär der Kgl. Univ.-Poliklinik für orthop. Chirurgie zu Berlin. (Geh. Rat Prof. Dr. G. Wolff.) Sept. 1900—Dez. 1904 Assist. von Prof. Hoffa in Würzburg und Berlin.
5.	Lindenmeyer Gustav	13. Aug. 1875 Stuttgart	Tübingen, München, Berlin	1900 Tübingen	1900 Tübingen	1900 Einj.-Freiw.-Arzt Stuttgart. 1901 Schiffsarzt. Oktob. 1901—03 Assist. der Univ.-Augenklinik Giessen. (Geh.-Rat Vossius). Bisher Assist. an der Augenheilanstalt v. San.-Rat Dr. Carl, hier.

	Zu- und Vorname	Zeit und Ort der Geburt	Besuchte Universitäten	Jahr u. Ort der Approbation	Jahr u. Ort der Promotion	Seitherige Tätigkeit
6.	Bornemann Willy	21. Febr. 1877 Kreuznach	Heidelberg Berlin	1901 Heidelberg	1905 Leipzig	1. April 1901—03 Hilfsarzt, 1. April 1903—05 Sekundärarzt d r Hautkrankenabteilung des Städt. Krankenhauses zu Frankfurt a. M. (Dr. Herxheimer.)
7.	Fleck Georg	12. Nov. 1874 Iserlohn	Bonn, Würzburg, Berlin	1898 Bonn	1897 Bonn	1898/99 Patholog. Institut Bonn. 1899–1901 Assist. der Universitäts-Frauenklinik Göttingen (Geh.-Rat Runge), seit 1903 als Privatdozent für Geburtsh. u. Gyn.
8.	Ahrent Fritz	22. März 1877 ?	Göttingen, Würzburg	1902 Würzburg	1902 Würzburg	Seit 1. Okt. 1902 Assist. bei Dr. G. Spiess, hier,
9.	Geelvink Peter	21. Jan. 1872 Emden	Würzburg, Heidelberg, Berlin	1895 Berlin	1896 Berlin	1895 96 Volontär am Pathol. Institut Berlin (Virchow 1896–97 Vol. a. d. Nervenklinik d. kgl. Charité (Jolly-1897–99 Assist. der Brandenb. Prov.-Anstalten für Epileptische und Idioten zu Potsdam. 1899—1901 Assist. a. d. Städt. Irrenanstalt Herzberge (Moeli) 1901—03 Assist. d. Kurhauses Westend bei Berlin. 1903—04 Arzt der psychiatr. Abteilung d. städt. Krankenhauses Altona. Seit 1904 3. Arzt a. d. städt. Irrenanstalt hier.
10.	Weber Ernst	29. Dez. 1881 Giessen	Marburg, Erlangen, Heidelberg, Giessen	1904 Giessen	1905 Giessen	März 1905 prakt. Arzt hier.
11.	Noll Friedr.	—	—	1891	1892	Prakt. Arzt in Vohburg (Oberbayern)
12.	Wagner Paul	25. Jan. 1874 Darmstadt	München, Bonn, Göttingen, Strassburg	1898 Strassburg •	1899 Würzburg	1898—1901 Stadtkrankenhaus Offenbach. 1901 Pathol. Institut Bern und chirurg. Klinik Strassburg. Jan.–April 1902 Univ.-Augenklinik Strassburg. Mai 1902—Dez. 1903 Univ.-Augenklinik Königsberg Jan 1904–März 1905 Univ.-Augenklinik Wien.

	Zu- und Vorname	Zeit und Ort der Geburt	Besuchte Universitäten	Jahr u. Ort der Approbation	Jahr u. Ort der Promotion	Seitherige Tätigkeit
13.	Rosenhaupt Heinrich	21. Mai 1877 Frankfurt a. M.	Erlangen, München, Berlin, Freiburg	1902 Freiburg	1902 Freiburg	1902 Vertretungen. Jan.—April 1903 Arbeiten bei Weigert und Edinger im Senckenb. Institut. April 1903—1904 Hilfsarzt d. Inn. Abt. d. Städt. Krankenhauses Frankfurt (v. Noorden.) April 1904—1905 Ass. am Säuglingsheim Dresden (Schlossmann.)
14.	Beck Karl	8. Aug. 1878 Biebrich	Heidelberg, Tübingen, München	1901 Heidelberg	1901 Heidelberg	Okt 1901—1903 Ass. d. Inn. Abt d. Luisenhospitals in Aachen. Okt. 1903—1904 Vol. a. d. Kinderklinik d. Kgl. Charité in Berlin. Okt. 1904—April 1905 Vol. a. d. chirurg. Univ.-Klinik in Rostock.
15.	Lilienfeld Sidney	4. Aug. 1876 Frankfurt a. M.	München, Berlin, Heidelberg	1899 Heidelberg	1899 Heidelberg	Nov 1899—Mai 1900 Arbeiten im Senckenb. Institut 1900 Fortbildungskurse in Berlin. Febr.—Sept. 1901 Volontär. Sept. 1901—1. Febr. 1905 Assistenzarzt a. d. chirurg. Abt. d. Allerheiligenhospitals zu Breslau 1. April—1. Aug. 1905 Ass. an der Hoffaschen Klinik in Berlin.
16.	Villaret Alb.	—	—	1872	1872	1905 Generalarzt d. XVIII. Armeekorps in Frankfurt a./M.
17.	Becker Ferdinand	13. Aug. 1874 Mannheim	Heidelberg, Giessen, Freiburg	1897 Freiburg	1898 Freiburg	Ass. am pathol. Institut Heidelberg, Vol. a. d. mediz. Klinik Bonn. Ass am Luisenhospital zu Aachen. 1901—1904 Ass. a. d. Privatklinik für Hautkrankheiten von Prof. Lassar in Berlin.
18.	Weber August	3. Juli 1879 Giessen	Bonn, Marburg, Erlangen, Heidelberg	1904 Heidelberg	1905 Heidelberg	Einj. freiw. Arzt in Heidelberg. Vertretungen.
19.	Goldschmidt Siegfried	19. Febr. 1877 Witzenhausen	München, Marburg, Berlin, Halle	1903 Halle	1904 Halle	1904 Volont. am Heiliggeisthospital in Frankfurt 1904—1905 Volont. an den Nervenpolikliniken von Prof. Mendel und Dr. Schuster in Berlin.

	Vor- und Zuname	Zeit und Ort der Geburt	Besuchte Universitäten	Jahr u. Ort der Approbation	Jahr u. Ort der Promotion	Seitherige Tätigkeit
20.	Sommerlat Norbert	22. Febr. 1878 Frankfurt a/M.	Marburg, Würzburg, München	1904 München	1904 München	1904 Einj. freiw. Arzt Frankfurt.
21.	Wegener Arnold	30. Mai 1879 Ueberruhr (Kr. Essen)	Würzburg, Kiel, Marburg, Giessen	1902 Giessen	1902 Giessen	1902 prakt. Arzt in Eckenstein, dann Vilbel. Bisher Vertretungen.
22.	Adolf Friedrich	21. Mai 1869 Marburg a. L.	Marburg, Berlin	1893 Marburg	1894 Marburg	1. Juli 1893—1. April 1896 Ass. am Städt. Krankenhaus zu Frankfurt a/M. (Rehn u. v. Noorden). Einj. Arzt in Würzburg. Unterarzt in München. März 1897—Juli 1904 Arzt in Frankfurt, Juli 1904—Okt. 1905 in Königstein (Taunus), seit Okt. 1905 wieder in Frankurt a./M.
23.	Richartz Heinz	19. Sept. 1869 Düren	Bonn, Greifswald, Giessen	1893 Giessen	1893 Giessen	Vol. am Hôpt. Necker Paris u. Middlesex Hosp. London 1894—1899 Arzt in Rio de Janeiro. 1900—1901 Vol. a. d. med. Poliklinik in Würzburg. 1901—Juni 1905 Privatassistent bei Geh. Rat v. Leube in Würzburg.
24.	Homburger August	18. Dez. 1873 Frankfurt a. M.	Strassburg, Heidelberg	1897 Strassburg	1898 Strassburg	Sekundärarzt des Städt. Siechenhauses zu Frankfurt a/M.

Nekrologe.

Dr. Julius Guttenplan.

Es war ein bescheidenes, anspruchsloses Leben, dem diese Zeilen ein ebenso bescheidenes Denkmal setzen sollen, das Leben Julius Guttenplans. Jedem äusseren Flitter feind, bewahrte er als Arzt des Menschen schönstes Geheimnis, die milde Wohltätigkeit, eingedenk der Worte:

„Was glänzt ist für den Augenblick geboren,
Das Gute bleibt der Nachwelt unverloren."

Geboren zu Offenbach a. M. am 30. Dezember 1856, besuchte Guttenplan zunächst die Realschule seiner Vaterstadt, um später nach Büdingen überzusiedeln, wo er als Schüler des dortigen Gymnasiums die Abiturientenprüfung bestand. Schon frühzeitig wurde er in Offenbach durch seinen damaligen Lehrer Prof. Böttcher (jetzt in Frankfurt a. M.) zu naturwissenschaftlichen Beobachtungen angeregt, die er während seiner Büdinger Zeit mit grossem Eifer und Verständnis fortsetzte. Dieser Hang zur Naturwissenschaft führte ihn mit dem auch auf diesem Gebiete bekannten Prof. Körner (jetzt in Rostock) zusammen, welcher mit Guttenplan die ganze Studienzeit in Marburg, Freiburg und Strassburg in inniger Freundschaft verlebte. „Seine physikalischen, chemischen, zoologischen und botanischen Kenntnisse", so schrieb mir Prof. Körner, „hätten es dem jungen Fuchse schon am ersten Tage seines Universitätsstudiums möglich gemacht, in den genannten Fächern das Physikum zu bestehen". Nach seiner Approbation in Strassburg im Jahre 1883 wurde Guttenplan Assistent an der Frauenklinik daselbst unter Prof. W. A. Freund, ging dann zu seiner weiteren ärztlichen Ausbildung nach Berlin und liess sich schliesslich Ende 1884 als praktischer Arzt in Frankfurt a. M. nieder.

Nur wenigen Kollegen war Guttenplan als Mensch von warmem Herzen und edler Gesinnung bekannt, da er sich leider als Arzt in Frankfurt a. M. sehr zurückgezogen hatte, während er als Student die fröhliche Gesellschaft liebte und

den freundschaftlichen Verkehr mit seinen Kommilitonen aufs eifrigste pflegte. Seine Hauptfreude war neben seiner Tätigkeit als praktischer Arzt ebenfalls die Beschäftigung mit naturwissenschaftlichen Liebhabereien. Durch Gewissenhaftigkeit und teilnehmendes Mitgefühl erwarb sich Guttenplan in hohem Masse die Dankbarkeit und Anhänglichkeit seiner Patienten, nicht zum wenigsten die der armen. Am meisten liebte er die Behandlung von Kindern, welchen er die Liebe zu Teil werden liess, die einem eigenen Kinde zu gewähren, ihm vom Schicksal nicht vergönnt war. Etwas Rührendes hatte es, aus dem Munde einer greisen und ehemaligen Patientin Guttenplans die Worte zu vernehmen: „Seine Aufopferung und Geduld machten mich glücklich, immer nur sah ich auf seinem Gesichte die gleiche Güte und Milde, niemals auch nur einen Schein von Verdrossenheit; ich werde ihn niemals vergessen."

Im Dezember 1894 stellte sich bei Guttenplan ein Nierenleiden ein, dem er in Meran, wo er Erholung und Heilung suchte, am 14. November 1905 erlag. Er hatte einen langen und schweren Todeskampf kämpfen müssen. Der Tod war eine Erlösung für ihn. Ehre seinem Andenken!

Dr. Eulau.

Philipp Fritsch.

Die folgenden Zeilen geben nur einen ganz gedrängten Ueberblick über das Leben des verstorbenen Freundes. Wer ausführlichere Angaben über sein Leben und tief empfundene Schilderungen des Menschen und Arztes wünscht, den verweise ich auf die von dem überlebenden Bruder Prof. August Fritsch im September 1905 und von Prof. W. Erb im Mai 1906 erschienenen Erinnerungen an Philipp Fritsch. Druck von C. Lindernagel in Friedberg.

Am 14. Januar 1831 wurde Philipp Fritsch in Friedberg in der Wetterau als erstes Kind aus der zweiten Ehe seines Vaters, des Lehrers und Organisten Wilhelm Fritsch geboren. Seine Mutter, Elisabeth, geborene Weckerling, schenkte ihrem Mann danach noch vier weitere Söhne. Es waren bescheidene Verhältnisse, in denen die grosse Kinderschar aufwuchs. Aus erster Ehe hatte der Vater noch 4 Kinder. Den ersten Unterricht erhielt Fritsch in der Augustinerschule zu Friedberg und bezog dann 1845 das Gymnasium in Büdingen. Schon früh zeigte der Knabe aus-

gesprochenes musikalisches Talent, das von seinem Vater, einem tüchtigen Musiker, eifrig gepflegt und ausgebildet wurde, so dass er schon als Gymnasiast verhältnismässig Hervorragendes im Klavierspiel leistete.

1848 bezog er die Universität Giessen, um dort dem Wunsch des Vaters entsprechend Theologie zu studieren. Seine Gesundheit war damals zart und liess ihn studentischem Treiben fern bleiben, um so eifriger widmete er sich seinem Studium und verstand es nebenher, aus feiner anregender Geselligkeit in den besten Kreisen der Universität bleibenden Nutzen und Förderung zu ziehen, wobei ihm seine künstlerischen Anlagen aufs beste zu statten kamen. Ostern 1851 kehrte er zurück nach Friedberg aufs theologische Seminar, denn er hatte die Absicht, in Giessen weiter zu studieren, aufgegeben, um einem jüngeren Bruder das Studium zu ermöglichen. So kam es, dass zum freudigen Stolz des Vaters der junge Kandidat der Theologie wiederholt als Prediger die Kanzel der Stadtkirche bestieg. In pietätvoller Erinnerung an diese Zeiten und zu Ehren seines Vaters stiftete F r i t s c h in seinen letzten Lebensjahren in Gemeinschaft mit seiner Gemahlin der schön wiederhergestellten Stadtkirche ein nach seinen Angaben von dem verstorbenen Künstler L i n n e m a n n gemaltes Glasfenster. Es zeigt über dem Familienwappen die beiden Donatoren in Andacht unterhalb der heiligen Cäcilie und weiter oben die Figur Christi, die Tochter des Jairus erweckend.

Mit den übrigen Geschwistern bildete er sich selbst in den neueren Sprachen, englisch und französisch, aus und machte, begabt mit ausserordentlichem Sprachtalent, grosse Fortschritte darin. Weitere Mittel zum Studium gab ihm Privatunterricht, den er in Friedberg und Umgebung erteilte.

Einen Wendepunkt in seinem Leben bezeichnet seine Uebersiedelung nach Paris, wozu er von einem dort befindlichen älteren Bruder veranlasst wurde. Der ihm mit Sicherheit in Aussicht gestellte Privatunterricht konnte ihn materiell unabhängig machen und ihm reichliche Mittel zur weiteren Ausbildung bringen. Der Plan stiess zwar anfangs auf Widerstand beim Vater, der das Aufgeben der theologischen Laufbahn nicht gern sah, indessen doch, durch gewichtige Gründe überzeugt, bald seine Einwilligung gab. So konnte denn F r i t s c h Ende 1852 mit frohen Aussichten für die Zukunft nach Paris gehen. Und es traf ein wie es der Bruder vorausgesagt hatte. Einnehmendes Wesen, gesellschaftliche Gewandtheit, literarische Kenntnisse, nicht zum wenigsten seine musikalische Bildung,

verschafften ihm bald reiche Tätigkeit und materiellen Erfolg in den besten Kreisen der dortigen Gesellschaft; es wurden hier Verbindungen angeknüpft und wahre Freundschaften geschlossen, die bis zu seinen letzten Jahren bestanden haben. Die freie Zeit wurde zu privaten Studien, besonders in Literatur und neueren Sprachen, sowie zum Besuch philosophischer und kunstgeschichtlicher Vorlesungen an der Pariser Universität verwendet. Eine von ihm verfasste Schrift über die Musik der Griechen wurde der Giessener Fakultät als Dissertation eingereicht, auf Grund deren er zum Dr. philos. promovierte. Ins Jahr 1856 fällt seine schwere Erkrankung an Typhus. Die Krankheit überfiel ihn während er zufällig in der Nähe von Paris zum Besuch im Hause eines englischen Geistlichen weilte. Drei Monate wurde er in aufopferndster Weise von der Familie bis zur Genesung gepflegt. Die Freundschaft, die er hier anknüpfte, dauerte sein ganzes Leben hindurch, er genoss vollkommenes Vertrauen, so dass er später berufen wurde, die Erziehung der Söhne zu leiten und weiterhin zu deren Vormund ernannt wurde. Als ein Teil der Familie 1862 nach Montpellier verzog, ging F r i t s c h mit dorthin und liess sich an der Hochschule daselbst als Hörer der Medizin einschreiben. Der Aufenthalt hier war nur von kurzer Dauer, er verzog bald nach Heidelberg, wo er sich, 32 Jahre alt, nun ganz dem neu gewählten Beruf als Mediziner widmete und am 1. Dezember 1868 zum Dr. med. promovierte. Mit dem damals in Heidelberg lehrenden Prof. der Medizin, E r b, zu dessen ersten Schülern er gehörte, verband ihn bald innige Freundschaft. Erb hat in den nun vorliegenden Erinnerungen an seinen um zehn Jahre älteren Freund und Schüler ein Bild des Dahingeschiedenen gezeichnet, wie es treffender und schöner nicht gegeben werden kann.

Während eines nun folgenden Aufenthaltes in Wien trat er in freundschaftliche Beziehungen zu B i l l r o t h und machte hier auch die Bekanntschaft von C z e r n y, dem damaligen ersten Assistenten an der B i l l r o t h schen Klinik, mit dem ihn von da an zeitlebens engste Freundschaft verband. Das Staatsexamen wurde 1869 in Bonn mit der Note sehr gut bestanden. Als kurz darauf der deutsch-französische Krieg ausbrach, stellte er sich unverzüglich zur Verfügung und war als stellvertretender Oberstabsarzt bei Metz und Orleans tätig. Mit dem eisernen Kreuz dekoriert, kehrte er Ostern 1871 in die Heimat zurück und liess sich nun im Juli 1871 als Arzt in Frankfurt nieder, wo sich schon zwei seiner Brüder in amtlichen Stellungen befanden. Wie nicht anders zu erwarten, gelang es

ihm, dem in jeder Beziehung reifen Mann und durchgebildeten Arzt, mit seiner Lebenserfahrung und seinem vorzüglichen Charakter in kurzer Zeit sich eine bedeutende Praxis zu sichern, die er 20 Jahre lang in uneigennütziger Weise auszuüben vermochte, und in der er sich Liebe, Vertrauen und Anhänglichkeit seiner Klientel in reichem Masse erwarb. Vom Jahre 1875 an lebte er in der glücklichsten Ehe mit Mathilde, geb. Eyssen-Fellner. So vergingen ihm nun Jahre des grössten Glückes; vorübergehende Erkrankungen in der Familie brachten freilich auch ihm sorgenvolle Wochen, doch im ganzen überwog der hellste Sonnenschein in dieser Zeit. Stärkere Schatten gab es aber in den letzten 10 Jahren, so dass er sich bewogen fühlte, ganz oder fast ganz die berufliche Tätigkeit aufzugeben. Ganz allmählich zeigten sich Erscheinungen von Herzschwäche, Neigung zu Erkältungen, ohne dass man ihm anfangs die Abnahme der Kräfte anmerkte. Es war dies offenbar die Folge einer Influenza, die ihn Anfangs der 90er Jahre schwer ergriffen hatte. Doch blieb sein Haus geselligem Verkehr offen, man sah ihn bei musikalischen und künstlerischen Veranstaltungen kaum fehlen, er betätigte sich in wissenschaftlichen und literarischen Vereinigungen und solchen, die allgemeine Zwecke verfolgen, so unter anderem als Vorsitzender der Alliance francaise, im Verein für Feuerbestattung und vielen anderen.

Ende Januar 1905 hatte er wieder einen Influenzaanfall. Anfangs schien alles gut abgehen zu wollen, doch nach einigen Tagen entwickelte sich unter zunehmenden Schmerzen eine arteriosklerotische Thrombose der Unterschenkelgefässe. Seine alten treuen Freunde, Prof. Erb und Czerny kamen fast einen um den andern Tag von Heidelberg an sein Krankenlager. Es gelang nicht, den Prozess aufzuhalten, es kam zum Brand am rechten Fuss mit all seinen Qualen, bis eine dazutretende Lungenentzündung am 21. Februar das Ende herbeiführte. Fritsch hat dem Tod wie ein Held ins Auge gesehen, ich bin gewiss, dass er sich völlig klar über seine Lage war, doch hörte man kein ungeduldiges Klagen, er blieb ruhig, freundlich, liebevoll. Seiner Bestimmung gemäss ist die Leiche verbrannt worden.

Fritsch war ein schöner, kräftig gebauter Mann, von imponierendem Aeussern, mit prächtigen Charakterkopf, dem jeder die geistige Bedeutung ansah; dabei wohnte in seiner Brust ein warmes, weiches, treues Herz. Sein Gedächtnis war bewundernswert, wie sein Talent, sich fremde Sprachen anzueignen, so dass er französisch, englisch, italienisch vollkommen

beherrschte, ebenso in späteren Jahren noch spanisch. Aeussere Ehren hat er nie gesucht„ er konnte sich nicht vordrängen, dazu war er zu bescheiden und vornehm, frei von thörichtem Ehrgeiz hasste er alle Streberei. Das viele Gute, das er getan, der reiche Segen, den er gewirkt, die Aufopferung, die er so oft bezeugt hat, das geschah alles ohne viel Aufhebens in der Stille. Gar viele haben in dem Dahingeschiedenen ihren Freund, Arzt und Helfer verloren, Allen aber, die ihn gekannt haben, wird sein Andenken teuer bleiben. Dr. Loretz.

Friedrich Schwenck.

Friedrich Gottlieb Schwenck wurde am 7. Januar 1832 zu Frankfurt a. M. geboren als Sohn des Gymnasialprofessors Konrad Schwenck. Er absolvierte das Gymnasium seiner Vaterstadt und bezog dann die Universität Heidelberg zum Studium der Medizin; der damaligen Gepflogenheit folgend besuchte er auch noch die Universitäten Prag und Wien. Am 4. Mai 1854 erwarb er sich in Heidelberg die Doktorwürde und wurde 1855 nach wohlbestandenem Examen unter die Zahl der Frankfurter Aerzte aufgenommen und bald auch als Assistenzarzt am Hospital zum heiligen Geist angestellt. Die Assistenzärzte hatten damals noch die Erlaubnis gleichzeitig Privatpraxis auszuüben und wurden beim Verlassen ihrer Stellung von dem Pflegamt des Hospitals in der Regel mit einer Armenarztstelle bedacht; so auch bei Schwenck. In seiner Tätigkeit als Armenarzt erwarb er sich das Vertrauen und die Liebe seiner Klientel in hohem Grade, so dass, als er später seine Armenarztstelle aufgab und Angestellter der Ortskrankenkasse wurde, häufig frühere Klienten sich an ihren „alten Doktor" wandten und von ihm ohne jeden Entgelt ärztlich weiter beraten wurden. Neben seiner Tätigkeit als Arzt bekleidete er 45 Jahre lang, das Amt eines Bibliothekars der Dr. Senckenbergischen Bibliothek, bis er am 11. Februar 1905 einen Schlaganfall erlitt, dem er wenige Tage später, am 20. Februar, erlag. In voller Rüstigkeit und geistiger Frische hatte er ein Jahr zuvor in fröhlichem Kreise zahlreicher Kollegen und Freunde noch sein 50jähriges Doktorjubiläum gefeiert und hatte als einer der letzten, lange nach Mittearnacht den festlichen Saal verlassen. Wer hätte geglaubt, dass der damals noch so kräftige, stattliche Mann

schon so bald von uns scheiden würde. Ein milder Kern in prunkloser Schale, wurde er meist erst richtig erkannt und wertgeschätzt, wenn man Gelegenheit hatte, näher mit ihm zu verkehren. So werden Viele ihm ein treues, dankbares Andenken bewahren dem allzeit hilfsbereiten, gefälligen, treuen Freund und Kollegen. Vömel.

Hermann Weidemann.

Hermann Weidemann ist geboren zu Hanau am 14. Februar 1871, kam 1874 nach Bockenheim, wo er von Ostern 1877 ab die Realschule und vom Herbst 1880 das Lessinggymnasium besuchte. Im Frühjahr 1890 machte er das Abiturientenexamen an derselben Anstalt, und ging von da auf die Universität Marburg, um Medizin zu studieren. Nach Ablegung des Physikums ging er im Frühjahr 1892 nach München, wo er nach dreijährigem Studium das Staatsexamen bestand und sich gleichzeitig die medizinische Doktorwürde erwarb. Vom April 1895 bis April 1898 diente er im Kgl. bayer. Infanterie-Leibregiment in München, worauf er eine Assistenzarztstelle am städtischen Krankenhaus in Remscheid und von da aus eine ebensolche Stelle am städtischen Krankenhaus in Frankfurt a. M. annahm. Im Frühjahr 1899 liess er sich in Bockenheim als prakt. Arzt nieder. Hermann Weidemann starb am 24. März 1905.

Wilhelm Jacobi.

Dr. Wilhelm Jacobi wurde am 9. November 1832 zu Kirchhain bei Marburg geboren. Er besuchte die Gymnasien zu Hersfeld, Marburg und Fulda und studierte von 1852 bis 1856 in Marburg und Würzburg. Im Jahre 1857 wurde er promoviert und erhielt die ärztliche Approbation. Nachdem er das bereits damals in Kurhessen eingeführte praktische Jahr am Landkrankenhaus zu Fulda zurückgelegt hatte, liess er sich 1859 in Hofgeismar als Arzt nieder. 1862 verlegte er seine Praxis von dort nach Bockenheim. 1870 war er zu Beginn des Feldzuges auf dem Kriegsschauplatz tätig und leitete

dann das Reservelazarett in Bockenheim. 1873 wurde ihm die Leitung des auf sein Betreiben und nach seinen Plänen erbauten städtischen Krankenhauses übertragen. Diese Stellung bekleidete er eine längere Reihe von Jahren. Von 1891 ab war er Hausarzt des neu errichteten Bockenheimer Diakonissenheims, um dessen Einrichtung und Leitung er sich grosse Verdienste erworben hat.

Ein langwieriges Augenleiden, eine chronische Keratitis mit Pannusbildung, sowie die fortschreitende Verringerung des Hörvermögens veranlassten ihn, seine ausgedehnte Praxis allmählich einzuschränken und im Jahre 1898 gänzlich aufzugeben.

Neben seiner Berufstätigkeit widmete er seine hervorragende Kraft auch dem öffentlichen Leben und namentlich der Gemeindeverwaltung. Sechsundzwanzig Jahre lang, bis zur Eingemeindung 1895, gehörte er dem Bockenheimer Bürgerausschuss an, die letzten zehn Jahre als Vorsteher. Auch auf politischem Gebiet hat er lange Zeit eine lebhafte Tätigkeit in fortschrittlichem Sinn entwickelt.

Ueberhaupt beschränkten sich seine geistigen Interessen durchaus nicht nur auf seinen Beruf. Er befasste sich eingehend mit den Naturwissenschaften überhaupt, mit Literatur-, Kultur- und Kunstgeschichte und in seinen späteren Jahren auch mit Philosophie. Seine hinterlassene Schrift: „Meine Weltanschauung" legt ein glänzendes Zeugnis ab von seinem Bestreben, sich selbst zu erkennen und über seine Stellung zu den höchsten Dingen zur Klarheit zu gelangen. Er bekennt sich zu einer pantheistischen Weltauffassung und stellt die Frage:

„Erscheint uns nicht die gesamte Natur und vor allem der Mensch selbst in einem höheren Lichte, wenn wir ihn als durchdrungen von göttlichem Wesen uns denken und alles niedere und schlechte an ihm nicht als Verderbnis einer individuellen Seele, sondern nur als Folge einer unvollkommenen oder gestörten körperlichen Organisation betrachten?"

Diese hohe Auffassung vom Werte des Menschen bildet den Grundzug in Jacobis Wesen. Er war seinen Kranken nicht nur ein Arzt des Leibes, sondern auch der Seele. Für jeden, auch den Geringsten, hatte er ein freundliches Wort, den Armen spendete er im Stillen seine werktätige Hilfe, und seinen Mitbürgern lieh er seinen klugen, lebenserfahrenen Rat. Sein strenger Rechtlichkeitssinn und sein hervorragendes Taktgefühl machten ihn zu einem vorzüglichen Kollegen, dessen Rat in allen Fragen des ärztlichen Verkehrs oft gesucht und

gerne befolgt wurde. Sein aufrechter, unabhängiger, uneigennütziger Sinn liess ihn auf alle Titel und Würden verzichten: den Sanitätsratsrang, der ihm angeboten wurde, lehnte er als für ihn wertlos ab.

Das Glück seines Familienlebens erlitt eine schwere Störung durch den plötzlichen Tod eines vortrefflichen Sohnes. Dr. Hermann Jacobi, Abteilungschef in der Chemischen Fabrik Griesheim-Elektron, wurde bei der furchtbaren Explosion am 25. April 1901, als er mit Rettungsarbeiten beschäftigt war, von einer einstürzenden Mauer erschlagen. Der damals 68 jährige Vater hat diesen entsetzlichen Schlag nie verwunden. In den Händen seiner Freunde befindet sich eine kleine Sammlung seiner hinterlassenen Gedichte, „Herbstlaub" betitelt. Sie enthält neben vielem Schönen eine ergreifende Klage um den Verlust, und das Gedicht möge, da es zugleich einen trefflichen Einblick in seine hohe Lebensauffassung gewährt, hier mitgeteilt sein:

Dein Leid gehöret Dir allein.

Die Güter aus des Glückes Händen,
Die Gaben, die Natur verlieh,
Zum Menschenwohle zu verwenden
Ist Deine Pflicht. Erfülle sie!

Und auch die Blüten, die zuweilen
Des Lebens Pfad dem Wandrer beut,
Magst Du mit andren gerne teilen,
Zufrieden, wenn Du sie erfreut.

Doch was Dir Leides widerfahren,
Das ist nur Dir allein geschickt,
Du sollst es sorglich dort verwahren,
Wohin kein fremdes Auge blickt!

Birg ohne Worte, ohne Klagen
Es in der Brust geheimstem Schrein!
Und keiner hat danach zu fragen;
Dein Leid gehöret Dir allein. —

Wilhelm Jacobi starb am 8. Oktober 1905 an einer Embolie der Koronararterien.

Ein vortrefflicher, seltener Mensch, eine Zierde unseres Standes ging mit ihm dahin. L. Hanau.

Emil Kirberger.

Am Sonntag den 4. Juni 1905 verschied im besten Mannesalter als Opfer eines tückischen Nierenleidens, kaum 44 Jahre alt, Emil Kirberger. Rasch verbreitete sich die Nachricht davon unter den hiesigen Kollegen, und es war ein Gefühl aufrichtigster, herzlichster Trauer, das die Frankfurter Aerzte ergriff. Wussten sie doch, dass mit ihm einer ihrer Besten dahingegangen war, kaum ein Jahr, nachdem sie einen anderen, ebenso ideal gesinnten, vortrefflichen Kollegen und Führer, Victor Cnyrim, verloren hatten. Gleich diesem hat auch Emil Kirberger vor allem den Interessen und der Würde seines Standes und dem Wohl seiner Standesgenossen seine Lebensarbeit mit Einsetzung seiner ganzen bedeutenden Persönlichkeit geweiht und für sie in uneigennützigster, vorbildlicher Weise gekämpft.

Geboren am 20. Mai 1861 zu Altenkirchen im Westerwald, besuchte er zunächst die Oberrealschule in Köln, um vom Jahre 1877 ab mit der Uebersiedelung seiner Mutter und Schwester hierher seine Schulzeit an der hiesigen Musterschule zu vollenden. Im Jahre 1879 sehen wir ihn in Strassburg dem Studium der Naturwissenschaften obliegen. Hier fand er sich erst selbst. Er erkannte, dass seine Neigung der Medizin gehörte, siedelte nach Würzburg über und bereitete sich hier, während er gleichzeitig seine Universitätsstudien eifrig fortsetzte, in der kurzen Zeit von 1½ Jahren grösstenteils selbständig auf die Nachholung der Gymnasialmaturität vor, die er hier in Frankfurt 1881 mit Erfolg nachwies. Fast zur gleichen Zeit, ganz kurz darnach, bestand er auch sein Physikum. Schon hier also zeigte der junge Student die zähe Energie, die einen hervorragenden Charakterzug des gereiften Mannes bildete. Die klinischen Semester verbrachte er in Heidelberg und Tübingen, wo er im Frühjahr 1885 als Arzt approbiert wurde. Zur Erweiterung seiner Kenntnisse ging er dann auf kurze Zeit nach Wien und Berlin und trat hierauf als Assistent bei der inneren Abteilung des Heiliggeist-Hospitals hier ein. Im Jahre 1888 trat er in die Praxis, der er sich nur knapp 17 Jahre widmen sollte.

Sehr bald schon begannen ihn allgemein-ärztliche Dinge zu interessieren. So war es ihm mit seinem ausgeprägten Gerechtigkeits- und Unabhängigkeitsgefühl unbegreiflich, dass nicht jeder Arzt, der dazu bereit war und sich den sonstigen Bedingungen unterwarf, wenigstens die Möglichkeit haben sollte, jeden Patienten, der ihn wünschte, zu behandeln, dass

vielmehr ein wesentlicher Teil der Bevölkerung, die ganze arbeitende Klasse, auf die wenigen Aerzte angewiesen war, die die Krankenkassen für sich verpflichteten und ihr zuwiesen, und so weder der Kranke in vielen Fällen sich den Arzt wählen konnte, dem er sein Vertrauen zugewandt hatte, noch der Arzt die Möglichkeit hatte, hier seinem schönen Beruf nachzugehen. Und bald hatte er mit scharfem Blicke erkannt, dass der einzelne Arzt hier nichts ausrichten konnte, dass es vielmehr galt, einem so mächtigen Organismus, wie eine Krankenkasse ihn darstellte, einen möglichst gleich starken Machtfaktor entgegenzustellen, wenn man etwas erzielen wollte.

Als daher Anfangs des Jahres 1893 eine Anzahl hiesiger Kollegen, die das gleiche Streben hatten, zum Aerzteverband für freie Arztwahl zusammentrat, da war auch er unter den Gründern und dieser Idee galt fortan seine Lebensarbeit. Die ganze hiesige Aerzteschaft musste er dafür zu interessieren, mit Begeisterung ihr auseinanderzusetzen, welch hohe Ziele es zu erreichen galt, und bald stand er, von Anfang an das geistige Haupt, an der Spitze dieser Organisation, die er in 10 jähriger Arbeit ausbaute und zu mustergültiger Höhe führte. Rasch stellten sich die Erfolge ein, Kirbergers Name war bald überall in ganz Deutschland, wo immer man sich für die gleichen Fragen interessierte, bekannt, er war die Autorität, bei der man sich von allen Orten Rat erholte, der Begriff „freie Arztwahl" wurde beinahe identisch mit Frankfurt und Kirberger! Kein Wunder auch! Hatten es doch vor allem seine kluge Energie und seine Zähigkeit vermocht, in wenigen Jahren die freie Arztwahl hier bei fast allen in Betracht kommenden Korporationen zur Geltung zu bringen, trotz der ausserordentlichen Schwierigkeiten, die sich ihm von allen Seiten, auch von kollegialer, entgegenstellten. So war die freie Arztwahl, um die noch jetzt in grossen Teilen Deutschlands zähe gekämpft wird, in Frankfurt als einer der ersten deutschen Städte vor 10 Jahren bereits ein- und durchgeführt. Die wenigen Kassen, die noch bei Seite standen, nahmen entweder einstweilen noch eine Ausnahmestellung ein — so besonders die staatlichen — oder sie waren so unbedeutend, dass es sich nicht lohnte, sich um sie eigens besonders zu bemühen. „Sie müssen ja doch kommen!" Und so war es auch! Sie kamen alle!

Dass solch grosse Erfolge Kirberger ein hohes Ansehen auch unter den hiesigen Kollegen verschafften, ist nur natürlich. Dankbar wurden seine Verdienste anerkannt, man folgte willig seiner Führung; denn unter ihr wusste man sich geborgen!

Und als er nach fast 10 Jahren die offizielle Leitung des Aerzteverbandes in andere Hände legte, um selbst ein bischen ausruhen zu können, da war und blieb doch immer er es, an den man sich in schwierigen Fragen wandte und der den Ausschlag gab.

Bei der seltenen Harmonie seiner ganzen Lebensanschauung war es nur natürlich, dass er die Grundsätze, die er für richtig erkannt hatte, auch auf andere Gebiete zu verbreiten suchte. Und da in ihm auch ein ausserordentlich starkes soziales Empfinden lebendig war, ist es weiterhin nicht wunderbar, das er diese seine Grundsätze auch auf dieses Gebiet zu übertragen trachtete. Als daher das freiwillige Rettungswesen um die Mitte der neunziger Jahre des vorigen Jahrhunderts hier einen starken Aufschwung nahm, sehen wir ihn an dessen Organisation und insbesondere an der des ärztlichen Dienstes bei demselben lebhaft beteiligt. Er gründete den Aerzteverband für das freiwillige Rettungswesen, der den Aerzten die ihnen gebührende Stellung im Rahmen des Rettungswesens und die Berechtigung der Teilnahme an demselben nach freier Wahl brachte.

Weiterhin ergriff er mit einigen anderen die Initiative zur Gründung von Walderholungsstätten, jener segensreichen Idee des ebenfalls viel zu früh verstorbenen Berliner Kollegen W. Becher, mit dem ihn eine weitgehende Uebereinstimmung der Ansichten verband. Noch eine weitere sehr verdienstvolle soziale Institution, das Frankfurter Kinderheim, verdankt ihm seine Entstehung. Im kommunalen Ehrendienst war er ebenfalls Jahre lang als Mitglied des Pflegamtes der städtischen Irrenanstalt tätig.

Auch seine Kollegen versagten ihm nicht die äusseren Zeichen ihrer Verehrung. Sie sandten ihn in die Aerztekammer der Provinz Hessen-Nassau, wo er sich ebenfalls bald eine angesehene Stellung erwarb und seine Meinung stets grosses, in vielen Fragen ausschlaggebendes Gewicht hatte, und übertrugen ihm seit Jahren die Vertretung Frankfurts beim Deutschen Aerztetag. Gleich seinem Vorgänger Cnyrim vertrat er dort vielfach Ansichten, die mit denen der grossen Mehrheit wenig übereinstimmten. Ergriff er aber einmal das Wort — er tat es nur, wenn er es für nötig hielt und wirklich etwas zu sagen hatte —, so war ihm dennoch die gespannte Aufmerksamkeit der ganzen Versammlung gewiss. Da kam es denn wohl auch manchmal vor, dass seine Ausführungen etwas Unruhe erregten. Das ist verzeihlich. Dass ihm aber von einer Versammlung gebildeter Zuhörer so begegnet wurde,

wie noch auf dem letzten Aerztetag, den er besuchte, dem von 1904 in Rostock, wo er beinahe von der Tribüne heruntergezerrt wurde, das ist — bei allem Respekt vor der Freiheit der Meinungen — keine Ruhmestat in der Geschichte der Deutschen Aerztetage. Es ist daher dem Verfasser dieser Zeilen eine ganz besondere, aufrichtige Freude, konstatieren zu können, dass vor ganz wenigen Wochen noch der Vorsitzende des Aerztevereinsbundes, Geh.-Rat Löbker, es ihm gegenüber aussprach, wie wenig angemessen das Vorgehen des damaligen Aerztetages war.

Derartige Dinge konnten aber Kirberger in seiner strengen Wahrhaftigkeit und Ueberzeugungstreue nichts anhaben. Hatte er eine Sache, die er als richtig erkannt hatte, aufgegriffen, dann focht er sie auch durch, unbekümmert um den Beifall oder das Missfallen der anderen.

Denn bei aller äusserlichen Ruhe, bei aller Milde in der Form, bei aller Anerkennung fremder Meinungen war er doch im Grunde eine Kampfnatur. Ein äusserlich glänzender, durch die Form hinreissender Redner war Kirberger nicht. Nur mühsam rangen sich ihm manchmal die Worte von den Lippen, vielfach gehemmt von dem Reichtum der sich überstürzenden Gedanken. Die innere Ueberzeugung aber, die aus jedem seiner Worte sprach, das Gewicht der prunklos vorgebrachten Argumente, die durchsichtige Lauterkeit seines Charakters ersetzten dem Hörer stets reichlich den teilweisen Mangel an äusserer Rednergabe.

So sind es denn vor allem drei Eigenschaften, die jeder, der ihn näher zu kennen das Glück hatte, besonders bewundern musste: Eine absolute, geradezu kindliche Lauterkeit und Wahrhaftigkeit seines Charakters, eine ausserordentliche, mit ruhiger Klugheit und einem klar abwägenden, weit vorausblickenden Geiste gepaarte Zähigkeit, die es ihm ermöglichte, die Ziele, die er sich gesteckt hatte, trotz aller Hindernisse zu erreichen, und eine Harmonie seiner ganzen Persönlichkeit und seiner gesamten Weltanschauung, die geradezu vollendet genannt werden muss.

Sehr leicht zugänglich war Kirberger nicht. Er prüfte lange und gründlich, bevor er einem seine Freundschaft schenkte, hatte man ihn sich aber erobert, dann gab es keinen treueren, zuverlässigen Freund, dann lag die ganze Persönlichkeit vor einem, wie ein offenes Buch. So kam es wohl auch, dass der Kreis seiner wirklichen Freunde kein allzu grosser war; einen persönlichen Feind hatte er aber nicht!

Dazu war er schon zu einfach und bescheiden. Daneben

war er ein begeisterter Freund der Natur, die er auf seinen regelmässigen Sonntagsausflügen nach allen Richtungen durchwanderte, und des körperlichen Sportes: keine grössere Freude gab es für ihn, keine bessere Erholung, als manchmal mehrmals im Jahre, allein oder gemeinsam mit seiner jetzt einsam zurückgebliebenen Schwester, oft führerlos, die schwersten Gipfel der Dolomiten zu erklettern oder im Winter in sausender Fahrt auf Schneeschuhen die steilen Hänge schwer zugänglicher Alpengipfel herabzugleiten.

Kirberger war ein wohl durchgebildeter, sorgsamer, liebevoller Arzt, der sich — ein Feind aller Redensarten — durch seine kluge ruhige Energie das Vertrauen seiner gerade in den letzten Jahren stark angewachsenen Klientel rasch zu erwerben wusste. Zu wissenschaftlichen Arbeiten ist er kaum gekommen; dazu fehlte ihm begreiflicherweise die Zeit. Wie oft hat er gerade über diesen Zeitmangel geklagt, der ihn auch verhinderte, seinen vielfachen naturwissenschaftlichen Neigungen sich zu widmen.

Und mitten in dieses klare, einfache, arbeitsreiche Leben trat wie ein Blitzschlag schwere Krankheit. Anfangs des Jahres 1905 wurde er, scheinbar ein Bild strotzender Gesundheit, während eines Krankenbesuches eines Morgens von einer schweren rechtsseitigen Hemiplegie betroffen. Mühsam schleppte er sich nach seinem nahen Heim, liess nach einigem Zögern einen befreundeten Kollegen zu sich bitten, und als der erschien, empfing er ihn mit den Worten: „Kollege, ich habe eine schwere Hemiplegie!" Allmählich besserte sich sein Zustand und man durfte bis zu einem gewissen Grade auf Wiederherstellung hoffen, die er durch eine Badekur in Wiesbaden zu beschleunigen trachtete. Aber schon dort wurde plötzlich eine schwere Nephritis manifest, es traten erneute Sehstörungen auf und bereits 4 Wochen später schloss sich das klare, blaue Auge für immer! Die Frankfurter und die gesamte deutsche Aerzteschaft hatte einen schweren Verlust erlitten!

Seine Leiden hat Kirberger, der sich vom ersten bis zum letzten Augenblick über die Natur seines Zustandes völlig klar war, mit einem wahrhaft philosophischen Gleichmut getragen. Nur selten kam es vor, dass er sich gegen sein Schicksal aufbäumte; aber nicht aus Furcht vor dem Ende geschah das, sondern weil er noch so manches zu leisten und zu erreichen hätte hoffen dürfen, dem nun ein Ziel gesteckt war! So muss es uns zum Trost gereichen, dass ihm zuletzt wenigstens nicht noch ein allzu langes Siechtum beschieden war!

Emil Kirberger wird nicht vergessen werden!

Und wenn, in hoffentlich nicht zu ferner Zeit — auch seine frischen Züge im Bild zu uns niedersehen werden, und man uns fragen wird, wessen Andenken sie bewahren sollen, dann werden wir seinen Namen nennen und sagen dürfen:

„Er war ein Mann, nehmt alles Ihr in allem!"

Dezember 1907. Arnold Eiermann.

---

2. Bericht über die Vermehrung der Bibliothek in den Jahren 1904 und 1905.

Von Sanitätsrat Dr. med. E. Roediger.

Durch Kauf hat der ärztliche Verein erworben:

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung 1904 und 1905.
Annales d'hygiène publique 1904 und 1905.
Annual Report of the Local Government Board London 33.
Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte Bd. XX und XXI, 1, 2.
Archiv für experimentelle Pathologie Bd. 50—54 und General-Register 1—50.
Archiv für Dermatologie Bd. 64—74 und Generalregister.
Archiv für Gynäkologie Bd. 67—74.
Archiv für Hygiene Bd. 45—51.
Archives italiennes de Biologie Bd. 39—43.
Archiv für Kinderheilkunde Bd. 36—40.
Archiv für klin. Medizin Bd. 75—81.
Archiv für klin. Chirurgie Bd. 68—76.
Archiv für Ohrenheilkunde Bd. 60—66.
Archiv für Psychiatrie Bd. 38—40.
Archiv für Verdauungskrankheiten Bd. 9, 6; Register zu Bd. 1—5, Bd. X und XI.
Berliner klin. Wochenschr. 1904 und 1905.
British Medical Journal 1904 und 1905.
Bruns, Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLI bis XLVI.
Zentralblatt für allgemeine Gesundheitspflege Bd. 22 und 23.
Zentrablatt für Bakteriologie Bd. 35—38.
Zentralblatt für Chirurgie 1904 und 1905.
Zentralblatt für Gynäkologie 1904 und 1905.
Zentralblatt für die innere Medizin. Jahrgang 1904 und 1905.
Zentralblatt für Physiologie und Pathologie der Harn- und Sexualorgane 1904 und 1905.
Zentralblatt für Physiologie Bd. 17, 18, 19, 21—26.

Charité Annalen Bd. 28 und 29.
Deutsche Medizinalzeitung 1903 und 1904.
Deutsche medizinische Wochenschrift 1903—1905.
Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. 66—78.
Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen VII, 3—6 und Bd. VIII.
Guy's Hospital Reports IIIrd series vol. 58 und 59.
Hygienische Rundschau Bd. 12.
Jahrbuch für Kinderheilkunde Bd. 56—60.
Jahresberichte über die Fortschritte der Geburtshilfe 1903 und 1904.
Jahresberichte über die Fortschritte der gesamten Medizin 1902, Bd. II bis 1904, Bd. I.
Jahresberichte über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen Jahrgang XVIII und XIX.
Jahrbücher der Hamburgischen Staatskrankenanstalten VII und VIII.
Jahrbuch, klinisches Bd.XII—XIV.
Lancet, the Jahrg. 1903 und 1904.
Medico-Chirurgical Transactions vol. 87.
Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie Bd. 11—13.
Mitteilungen des Kaiserlichen Gesundheitsamtes VIII, 3 bis XX.
Monatsschrift für praktische Dermatologie 1905.
Münchener medizinische Wochenschrift 1904 und 1905.
Neisser, Stereoskopischer Atlas Lief. 53 und 54.
Neurologisches Zentralblatt 1904 und 1905.
Nothnagel, Spezielle Pathologie und Therapie; die Fortsetzungen für 1904 und 1905.
Reichsmedizinalkalender 1904 und 1905.
Roths Jahresbericht über die Leistung des Militärsanitätswesens Bd. 27 (1901).
Schmidts Jahrbücher Bd. 277—285.
Schweizer, Aerztliches Korrespondenzblatt Bd. 33 und 34.
Semaine médicale 1904 und 1905.
Therapeutische Monatshefte 1904 und 1905.
Transactions of the obstetrical Society vol. 45 und 46.
Veröffentlichungen des Kaiserlichen Gesundheitsamtes 1904 und 1905, Bd. 28 und 29.
Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin Bd. 24—28.
Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege Bd. 34—36.
Virchow's Archiv Bd. 171—178.
Volkmanns klinische Vorträge Nr. 345—384.
Weyl, Handbuch der Hygiene Suppl. IV.

Wiener klinische Wochenschrift Jahrgang 1904 und 1905.
Wiener medizinische Wochenschrift 1903—1905.
Zeitschrift für Biologie Bd. 46 und 47.
Zeitschrift für Geburtshilfe Bd. 49—54.
Zeitschrift für klinische Medizin Bd. 48—56.
Zeitschrift für Krebsforschung Bd. I—III.
Zeitschrift für Psychologie und Physiologie der Sinnesorgane Bd. 34—40.
Bibliothek Coler Heft 20—23.
Hamburger, Osmotischer Druck und Jonenlehre in der Medizin. Wiesbaden 1902. Bd. II und III.
Oppel, Mikroskopische Anatomie Bd. IV, V und VI.

Durch Tausch gegen unseren Jahresbericht sind eingegangen:

Berlin. Verhandlungen der Berliner Medizinischen Gesellschaft aus dem Geschäftsjahr 1903 und 1904 Bd. 34 und 35.
Breslau. Jahresbericht der schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur 1903 und 1904.
Brüssel. Bulletin de l'académie royale de Médecine Belgique 1904 und 1905.
Brüssel. Mémoire de l'académie royale de Médecine de Belgique 1904 und 1905.
Darmstadt. Jahresbericht des Vereins hessischer Aerzte 1904 und 1905.
Dresden. Jahresbericht des Landes-Medizinalkollegiums über das Medizinalwesen im Königreich Sachsen auf das Jahr 1902—1904.
Dresden. Jahresbericht des Landes-Medizinalkollegiums 1903.
Graz. Mitteilungen des Vereins der Aerzte in Steiermark. Jahrgang 1904 und 1905.
Hamburg. Verhandlungen des naturwissenschaftlichen Vereins 1903 und 1904.
Hanau. Berichte der wetterauischen Gesellschaft 1904 und 1905.
Leipzig. Verhandlungen der medizinischen Gesellschaft 1903 und 1904.
München. 1. Sitzungsberichte der Gesellschaft für Morphologie und Physiologie XIX und XX.
2. Sitzungsberichte des Aerztlichen Vereins 1903 und 1904.
Nürnberg. Sitzungsberichte des Aerztlichen Vereins in Nürnberg 1903.

Stuttgart. Württembergische Jahrbücher für Statistik und Landeskunde, herausgegeben von dem Kgl. Statistischen Landesamte 1903 und 1904.

Verein für öffentliche Gesundheitspflege, Bericht 1903 und 1904.

An Geschenken gingen ein:

Düsseldorf. Verein der Aerzte, Jahresbericht für 1904.

Magdeburg. Museum für Natur- und Heilkunde. Abhandlungen und Berichte Bd. I, Heft 1.

München. Generalbericht über die Sanitätsverwaltung im Königreiche Bayern, herausgegeben vom Kgl. Ministerium des Innern, Bd. 33 und 34.

Upsala. Läkare förenings Färhandlingar 1903 und 1904.

Wien. Hofmuseum, Jahresbericht für 1903.

Von Herrn G. Altschul:

Baumgarten: Neurasthenie, 1903.

Beerwald: Ursachen und Beseitigung der Kurpfuscherei, 1903.

Bieder: Die bisherigen Erfolge der Lichttherapie, 1904.

Bunge: Die zunehmende Unfähigkeit der Frau, ihre Kinder zu stillen, 1903.

Cramer: Militärische und freiwillige Krankenpflege.

Diehl: Der Priessnitz, 1904.

Ebstein: Die Medizin im neuen Testament und im Talmud, 1903.

Engel: Das Winterklima Egyptens, 1903.

Fink: Erfolge einer einmaligen Kur in Karlsbad, 1904.

Fischer: Die Schäden unserer Hotel- und Wirtschaftsküche, 1904.

Fürstenheim: Prostatakarzinom, 1904.

Gilbert: Beiträge zu den neueren Heilverfahren etc. 1903.

Glaeser: Ketzerische Briefe über Tuberkulose, 1903.

Goliner: Unfallverletzungen, 1904.

Gruber: Führt die Hygiene zur Entartung der Rassen? 1904.

Hirsch: Der Arzt in Gegenwart und Zukunft, 1904.

Hoffmann: Luft, Licht, Wärme, Elektrizität und Wohnung, 1904.

Honsell: Die Winterstationen und Heilquellen Algeriens, 1903.

Kratz: Das Buch vom Wasser, 1903.

Kratz: Pflanzenheilverfahren, 1903.

Kuntze: Der Winter der südtiroler Kurorte, 1904.
Kutner: Gerichtliche Medizin. 12 Vorträge, 1903.
Levy: Tuberkulöse Disposition, 1902.
Meyer: Haarkrankheiten, 1902.
Michael: Das Kurschiff für Lungenkranke, 1903.
Michaelis: Todesprognosen, 1904.
Oppenheim: Die ersten Zeichen der Nervosität des Kindesalters, 1904.
Pfaff: Die Alkoholfrage vom ärztlichen Standpunkt, 1904.
Reiss: Naturheilmethode bei Gallen-, Nieren- und Blasenleiden, 1903.
Schiff: Erfolge der Röntgentherapie, 1904.
Schrader: Praktischer Ratgeber für die Mitglieder der Gesundheitskommissionen, 1904.
Schüller: Parasitäre Krebsforschung, 1903.
Steding: Nervosität, Arbeit und Religion, 1903.
Velzen, Petroleum-Zimmerheizöfen, 1903.
Weiss: Gesetz der Arbeit der Dickdarmmuskulatur, 1905.

Von Herrn G. Berg:

Berg: Des Conséquences de l'exstirpation totales des ganglions inguineaux (S. A. 1905).

Von Fräulein Braumann aus dem Nachlass ihres Vaters, Herrn Sanitätsrat Braumann in Bonames:

v. Arlt: Krankheiten des Auges, 2. Aufl., 1854.
Becher: Anleitung zur Bestimmung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit nach Verletzungen, 3. Aufl., 1890.
Becher: Lehrbuch der ärztlichen Sachverständigentätigkeit, 1895.
Berends: Vorlesungen über praktische Arzneiwissenschaft, Bd. I, Semiolik, 1835.
Bock: Handbuch der Anatomie des Menschen, 1. Bd., 3. Aufl., 1842.
Chelius: Chirurgie, 7. Aufl., 1851/52.
Clarus: Handbuch der speziellen Arzneimittellehre, 1852.
Dührssen: Geburtshilfe, 5. Aufl., 1894.
Fieber: Kompendium der Elektrotherapie, 1869.
Fraenkel: Grundriss der Bakterienkunde, 3. Aufl., 1890.
Fresenius: Qualitative Analyse, 7. Aufl., 1852.
König: Lehrbuch der allgemeinen Chirurgie, 1885—89.
König: Lehrbuch der speziellen Chirurgie, 2. Aufl., 1878/79.
Linhart: Kompendium der chirurgischen Operationslehre, 4. Aufl., 1874.

Meyer: Handbuch der Augenheilkunde, 3. Aufl., 1883.
v. Mosetig-Moorhof: Chirurgische Technik, 2. Aufl., 1887.
Narr: Grundzüge zur allgemeinen Heilungslehre, 2. Teil, 1839.
Niemeyer: Lehrbuch der speziellen Pathologie und Therapie, 6. Aufl., 1865.
Scanzoni: Lehrbuch der Geburtshilfe, 2. Aufl., 1853.
Schroeder: Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane, 5. Auflage 1881.
Schroeder: Lehrbuch der Geburtshilfe, 8. Aufl., 1887.
Strümpell: Lehrbuch der speziellen Pathologie und Therapie, 3. Aufl., 1886.
Textor: Chirurgische Operationen, 1835.
Tiedemann: Physiologie der Verdauung, 1835.
Troschel: Handbuch für den Unterricht im chirurgischen Verband, 3. Aufl., 1853.
Vierteljahrsschrift für praktische Heilkunde, 16. Jahrg., 1859, 2. Band.

Von Frau V. Cnyrim:

Aerztliches Vereinsblatt 1887—1893.
Albert: Diagnostik der chirurgischen Krankheiten, 5. Auflage, Wien 1890.
Arbeiten aus der Kgl. Frauenklinik Dresden, I. Bd., Leipzig, 1893.
Baur: Behandlung der chronischen Herzkrankheiten, 1892.
Biedert: Säuglingsernährung im Kindesalter, Stuttgart 1880.
Biermer: Lehre vom Auswurf, Würzburg 1855.
Bischoff: Gesetze der Ernährung des Fleischfressers, Leipzig 1860.
Brand: Hydrotherapie des Typhus, Stettin 1861.
Brehmer: Chronische Lungenschwindsucht, 1869.
V. Cnyrim: Ethische Forderungen im Geschlechtsleben, Frankfurt a. M., 1903.
da Costa: Handbuch der speziellen medizinischen Diagnostik, Berlin 1887.
Eichhorst: Lehrbuch der physikalischen Untersuchungsmethoden, I, II, 2. Aufl., Braunschweig 1886.
Esse: Krankenhäuser. Text und Atlas, 2. Aufl., Berlin 1868.
Ewald: Klinik der Verdauungskrankheiten, II. Teil, 2. Aufl., Berlin 1889.
Foerster: Handbuch der pathologischen Anatomie, 1. Bd., Leipzig 1855.
Forel: Hypnotismus, Stuttgart 1895.

Frankfurter medizinische Jahresberichte, 1857—1892.
Friedländer: Beiträge zur Anwendung der physikalischen Heilmethoden, Wiesbaden 1896.
Fritsch: Krankheiten der Frauen, 3. Aufl., Braunschweig 1886.
Gutmann: Lehrbuch der klinischen Untersuchungsmethoden, Berlin 1872.
Hegar-Kaltenbach: Operative Gynäkologie, Erlangen 1874.
Heitzmann: Kompendium der chirurgischen Pathologie, 2. Aufl., Wien 1869.
Hoffer: Technik der Massage, 1893.
Hofmann: Vorlesungen über allgemeine Therapie, Leipzig 1885.
Jahrbuch der praktischen Medizin, 1879, 1888—1893.
Jürgensen: Abdominaltyphus, Leipzig 1866.
Kaatzer: Sputum, Wiesbaden 1887.
Kobert: Kompendium der Arzneiverordnungslehre, Stuttgart 1888.
Koch: Leitfaden der Psychiatrie, 1889.
König: Lehrbuch der speziellen Chirurgie, Bd. I, II, Berlin 1875—77.
Lassar-Cohn: Praxis der Harnanalyse, Leipzig 1897.
Ledermann: Therapeutisches Vademekum der Haut- und Geschlechtskrankheiten, Berlin 1898.
Lesser: Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten, 1. Teil, 3. Aufl., 1887; 2. Teil, 4. Aufl., 1888, Leipzig.
Lomer: Zur Beurteilung des Schmerzes in der Gynäkologie, Wiesbaden 1899.
Lorey: Jahresbericht über das Dr. Senckenbergische Bürgerhospital, Göttingen 1854—57.
Lotze: Allgemeine Pathologie und Therapie, 2. Aufl., Leipzig 1848.
Lungenfeld: Hygiene des Lungen- und Kehlkopfschwindsüchtigen, 1897.
Mitteilungen zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, Bd. I, II, 1—5.
Oldenburg und Gutmann: Pathologie des Sympathikus, Berlin 1873.
Oppert: Hospitäler und Wohltätigkeitsanstalten, Hamburg 1872.
Pagel: Entwicklung der Medizin in Berlin, 1897.
Penzold: Lehrbuch der klinischen Arzneibehandlung, Jena 1889.

Perls: Lehrbuch der allgemeinen Pathologie, 1. Bd., Stuttgart 1877.
Reinert: Zählung der Blutkörperchen, 1891.
Rieder: Handbuch der ärztlichen Technik, Leipzig 1895.
Robinski: Operieren oder Nichtoperieren bei Krebserkrankungen? 1898.
Roser: Handbuch der anatomischen Chirurgie, 2. Aufl., Tübingen 1854.
Sachs: Medizinischer Almanach, 1866, 1878, 1879, 1888—94.
Schilling: Hydrotherapie für Aerzte, 1895.
Schröder: Handbuch der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane, Leipzig 1874.
Schroeder: Lehrbuch der Geburtshilfe, 5. Aufl., Bonn 1877.
Schuster: Diagnostik der Rückenmarkskrankheiten, Berlin 1884.
Strümpell: Leitfaden für die klinischen Krankenuntersuchung, Leipzig 1887.
Thompson: Krankheiten der Harnorgane, Berlin 1877.
Tillmanns: Lehrbuch der allgemeinen Chirurgie, 1. Bd., Leipzig 1888.
Turban: Physikalische Untersuchung der Lungentuberkulose, 1899.
Waldenburg und Simon: Handbuch der Arzneiverordnungslehre, 9. Aufl., Berlin 1877.
Wegele: Diätetische Behandlung der Magen- und Darmerkrankungen, Jena 1893.
Wolff: Moderne Behandlung der Lungenschwindsucht, Wiesbaden 1894.
Zeitschrift zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, Bd. I, II, 1—5.
Ferner 12 Broschüren medizinischen Inhalts.

Von Herrn E. Cohn:

Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene, Bd. VI, 5—12.

Von Herrn A. Deutsch:

James Mackenzie: Die Lehre vom Puls. Aus dem Englischen von Dr. A. Deutsch. Frankfurt a. M. 1904.

Von Herrn L. Edinger:

Die Abstinenz, III, 20, IV, 12.
Die Alkoholfrage, I, 2.
G. Asmussen: Der Guttemplerorden, 1903.

Bericht über die 21. Versammlung des Deutschen Vereins gegen den Missbrauch geistiger Getränke.
Bericht über den 9. internationalen Kongress gegen den Alkoholismus, Jena 1904.
Blätter für Volksgesundheitspflege, IV, 2—16, 18—24, V, 1—5.
Bibliographie der gesamten wissenschaftlichen Literatur über den Alkohol und Alkoholismus, 1904.
Deutscher Verein gegen Missbrauch geistiger Getränke. Geschäftsbericht, 1903.
Gesunde Jugend, I—IV, 4.
Internationale Monatsschrift zur Bekämpfung der Trinksitten, Bd. XII—XIV, 12.
Mässigkeitsblätter, Jahrg. 1902, 1903, 1904, 1905, 1.
Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, 6. Hefte.
156 medizinische und 2 philosophische Dissertationen.
Einige Broschüren und Flugblätter über Antialkoholismus.

Von Herrn P. Ehrlich:

Anual Report of the Victorian Hospital Montreal, 2—4, 6—8.
Dieulafoy: Clinique médicale de l'Hotel Dieu de Paris, 1896—99.
Letulle: La Pratique des Autopsies, Paris 1903.
Thycho de Brahe: De nova stella, Stockholm 1901.
3 medizinische Dissertationen.

Von Herrn M. Flesch:

M. Flesch: Die Diagnose der Gonorrhöe etc. (Sep.-Abdr.).
M. Flesch: Das ärztliche Berufsgeheimniss und die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten (Sep.-Abdr.).
Kulenkampf, Stoevesandt und Tjaden: Der Kampf gegen die Tuberkulose in Bremen, 1904.

Von Herrn J. Friedländer:

J. Friedländer: Ueber Luft- und Sonnenbäder (Sep.-Abb.).

Von Herrn W. Hanauer:

Beiträge zur Klinik der Tuberkulose, Bd. III—V.
Fromm: Die Literatur über die Thermen von Aachen, 1890.
Müller: Die Literatur über die Thermen von Aachen, 1903.
Zierler: Beiträge zur Behandlung putrider Zahnwurzeln, Würzburg 1905.

Von Herrn K. Herxheimer:

45 Dissertationen und Separatabdrücke von Arbeiten aus der Hautkrankenstation des städtischen Krankenhauses zu Frankfurt a. M.

Von Herrn C. Hof:

C. Hof: Ueber primäre Darmtuberkulose, Dissertation, Kiel, 1903.

Von Herrn Henius:

Henius: Beiträge zur Diphtherieepidemie, April-Mai 1903, zu Frankfurt a. M. (Sep.-Abdr.).

Von Herrn M. Hirschberg:

Hirschberg: Heilung eines Hautepithelioms durch direkte Sonnenbestrahlung (Sep.-Abdr.).

Von Herrn Prof. Dr. A. Jacobi in NewYork durch Herrn H. Rehn:

Jacobi: A. Treatise on Diphtheria, 1880.
Jacobi: Infant diet, 1874.
Jacobi: Therapeutic of infancy and Childhood, 3rd edition, 1903.
Festschrift zum 70. Geburtstag von A. Jacobi, 1900.
29 Separatabhandlungen.

Aus dem Nachlass des Herrn W. Jacobi (Bockenheim).

Heizmann: Deskriptive und topographische Anatomie des Menschen, vol. I und II, Wien 1870—75.
Hicks: Die kombinierte äussere und innere Wendung, a. d. Engl., Göttingen 1865.
Hoffmann: Vorlesungen über allgemeine Therapie, Leipzig 1885.
Liebreich und Langgaard: Medicin. Rezepttaschenbuch.
Linhart: Kompendium der chirurgischen Operationslehre, Wien 1856.
Seifert und Müller: Taschenbuch der medizinisch-klinischen Diagnostik, 3. Aufl., Wiesbaden 1887.
Steiner: Kompendium der Kinderkrankheiten, 3. Aufl., Leipzig 1878.
Winckel: Behandlung von Flexionen des Uterus mit intrauterinen Elevatoren, Berlin 1872.
Winckler: Therapeutisches Lexikon, Leipzig 1884.
Und 5 Broschüren.

Von Herrn E. Kahn:

Eschricht: Das physische Leben, 1857.
Feigel: Anatomischer Atlas.
Lieball: Totenbegrabung und Totenverbrennung, 1868.
Richter, G. A.: Spezielle Therapie, 5. Bd., 1817.
16 Bände handschriftl. mediz. Kollegienhefte von Lorey, Himly u. a.
Eine grössere Anzahl medizinischer Dissertationen.

Von Herrn R. Kaufmann:

Bulletins de la société royale des sciences médicales et naturelles de Bruxelles, Jahrg. 1903.
La Presse médicale, Jahrg. 1903 u. 1904.
Pester medizinisch-chirurgische Presse, Jahrg. 1903 u. 1904.

Von Herrn O. Körner-Rostock:

Körner: Wesen und Wert der homerischen Heilkunde, Wiesbaden 1904.
47 medizinische Dissertationen der Universität Rostock, 1903 u. 1904.

Von Herrn L. Laquer:

Gusbeth: Zur Geschichte der Sanitätsverhältnisse in Kronstadt, 1884.

Von Herrn F. Loeb:

F. Loeb: Ueber den therapeutischen Wert des Pyrenols etc., Sep.-Abdr.

Von Herrn M. Loeb:

Journal des sciences médicales de Lille, Jahrg. 1903 u. 1904.
Progrès médicale, Jahrg. 1903 u. 1904.
Le scalpell 1902—1904.
Tribune médicale 1903 u. 1904.

Von Herrn W. Loretz:

Raf. Ariza y Epejo: Escritos medicos, 3. Vol., 1888.
J. Mayer: Fallsucht, Schlaganfall und Veitstanz, Leipzig 1903.

Von Herrn M. Neisser:

Enquete des ärztlichen Vereins zu Frankfurt a. M. über eine Diphtherieepidemie, April—Mai 1903., Sep.-Abdr.

Von Herrn Friedr. Noll:

F. Noll: Ein Beitrag zur Kasuistik der Labyrinthnekrosen. Diss. ,Berlin 1905.

Von Herrn E. Petersen:

E. Petersen: Ein Fall von vaginaler Ovariotomie während der Geburt, Sep.-Abdr.

Von Herrn Th. Plaut:

Th. Plaut: Ein Fall von Dermographismus bei einer Ikterischen, Sep.-Abdr.

Von der Redaktion der Frankfurter Zeitung:

Axenfeld: Blindsein und Blindenfürsorge, Freiburg i. B. 1905.
Encausse: Grundriss der synthetischen Pathologie, Strassburg 1905.
Escherich und Jacobi: Der gegenwärtige Stand der Kinderheilkunde, Berlin 1905.
Eschle: Zellularpathologie, Konstitutionspathologie oder Betriebspathologie? München 1905.
Gerling: Naturheilkunde.
Goldscheider: Anleitung zur Uebungsbehandlung der Ataxie, 2. Aufl., Leipzig 1904.
Gräupner: Messung der Herzkraft, 1905.
Kuhn: Verhütung und operationslose Behandlung des Gallen-
Von Herrn J. Mayer:
steinleidens. München 1905.
Lehmann: Schönheitsmassage, Wiesbaden 1905.
Markuse: Kleine Gesundheitslehre.
Mitteilungen des K. K. Arbeitsstatistischen Amtes im Handelsministerium in Wien: Bleivergiftungen, I. Teil, 1905.
Nolda: Klima von St. Moritz, Berlin 1905.
Oppenheimer: Das Schielen, Berlin 1905.
Paczkowsky: Die Hämorrhoiden, Leipzig 1905.
Pauli: Wandlungen in der Pathologie, Wien 1905.
Salzwedel: Krankenpflege, 8. Aufl., Berlin 1905.
Das Sportluftbad, Berlin 1905.
Strauss: Studien über die Albuminoide, Heidelberg 1904.
Suchier: Behandlung des Lupus vulgaris mittels statischer Elektrizität. Berlin u. Wien 1904.
Zabludowsky: Massage im Dienste der Kosmetik, Berlin 1905.
Zehden: Erste Hilfe bei Unglücksfällen.

Von Herrn H. Rehn:

Medizinische Klinik, I. Jahrg., 1905.

Von Herrn J. Rosengart:

J. Rosengart: Milztumor und Hyperglobulie, Sep.-Abdr.

Von Herrn H. Rosenhaupt:

H. Rosenhaupt: Zur Frage der Leberverfettung bei Säuglingen, Sep.-Abdr.

Von Herrn M. Schmidt-Metzler:

Archiv für Laryngologie, Bd. 1—13.
Beiträge zur Augenheilkunde, 59. Heft, R. Deutschmann: Heilverfahren bei Netzhautablösung.
Donders F. C.: Oratio, 1853.
Froriep, R.: Plan eines Südpalastes, Weimar 1854.
Heymann: Handbuch der Laryngologie, 5. Vol.
König und Ziegler: Klima von Frankfurt a. M., Nachtrag.
Peschel: Tarsoplastische Operationsmethode des Coloboma palpebrae, Sep.-Abdr.
Simpson, J. Y.: Antiquarian Notices on Syphilis in Scotland, 1862.
Verhandlungen der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Aerzte, 75. Vers., Kassel 1903; 76. Vers., Breslau 1904 — nebst Geschäftsbericht.
Zurhellen: Reduktion photographischer Himmelsaufnahmen, 1904.
Einige Lieder.

Von Herrn O. Schnaudigel:

O. Schnaudigel: Die kavernöse Sehnervenentartung, Sep.-Abdr.

Von Herrn A. Seppel:

Berliner klinische Wochenschrift, Jahrg. 12, 15—20.
A. Sippel: Wie können die Hebammen sich an der Bekämpfung des Gebärmutterkrebses beteiligen? Sep.-Abdr.
4 Seperatabdrücke aus dem Zentralblatt für Gynäkologie.
Verhandlungsbericht der Mittelrheinischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie, 1903.
176 medizinische Broschüren, darunter 103 Hefte von Volkmanns klinischen Vorträgen.

Von Frau A. Spiess:

Aerztliches Vereinsblatt 1904.
Berliner tierärztliche Wochenschrift 1904.
Blätter für Volksgesundheitspflege 1903.

Deutsche Medizinalzeitung 1904.
Giornale della R. Soc. Italiana d'Igiene 1903.
Index medicus, 2. Ser., Vol. I, 1903.
Monatsblätter für öffentliche Gesundheitspflege 1904.
Le Mouvement hygiénique 1904.
Public Health, Vol. XV und Vol. XVI, 1—3.
Tuberculosis, Vol. 2, 1903.
Veröffentlichungen der Deutschen Gesellschaft für Volksbäder, II, 3—5, III, 1.
Veröffentlichungen des Kais. Gesundheitsamtes 1904.
Veröffentlichungen des statistischen Amtes der Stadt Berlin, 1903 u. 1904.
Zeitschrift für Samariter- und Rettungswesen 1904.
Zeitschrift für Schulgesundheitspflege 1903, 2—12.

Von Herrn Ph. Steffan-Marburg:

Die Fortsetzung der ophthalmologischen Zeitschriften pro 1904 u. 1905 (cf. Jahresber. 1894, pag. 215).

Von Herrn Ed. Strauss-München:

Ed. Strauss: Studien über die Albuminoide etc., Heidelberg 1904.

Von Herrn G. Treupel:

15 Separatabdrücke seiner Arbeiten.

Von Frl. M. Tobler:

M. Tobler: Beitrag zur Frage des Vorkommens von Tuberkelbazillen und anderen säurefesten Bazillen in der Marktbutter, Dissert., Zürich 1901.

Von Unbekannt:

Berichte aus ärztlichen Vereinen über die Organisation der Selbsthilfe gegenüber den Krankenkassen 1904, No. 8, Zur Bekämpfung der Kurpfuscherei.
Bericht über die Tätigkeit der von der deutschen anthropologischen Gesellschaft gewählten Kommission für prähistorische Typenkarten, Berlin 1904.
Löwenstein-Elberfeld: Unsere Stellungnahme zu den Akademien.

Von Herrn R. v. Wild:

R. v. Wild: Beiträge zur Klinik der Cholelithiasis, Sep.-Abdr.

Verzeichnis

der im Lesezimmer der Bibliothek aufliegenden periodisch erscheinenden Schriften, welche vom Aerztlichen Verein gehalten werden:

No.		Gefach*)
1.	Aerztliche Sachverständigen-Zeitung	70
2.	Annalen des K. K. Naturhistorischen Hofmuseums in Wien	24
3.	Annales d'Oculistique	117
4.	Arbeiten aus dem Kais. Gesundheitsamte	138
5.	Archiv für Augenheilkunde	120
6.	Archiv für experimentelle Pathologie	116
7.	Archives italiennes de Biologie	113
8.	Archiv für Ohrenheilkunde	123
9.	Archiv für Psychiatrie	127
10.	Archiv für Verdauungskrankheiten	131
11.	Arzt, der praktische	135
12.	Beiträge zur klinischen Chirurgie	126
13.	Berliner Aerzte-Korrespondenz	72
14.	British Medical Journal	—
15.	Bulletin de l'Académie Royale de Médecine Belgique	125
16.	Zentralblatt für Bakteriologie, Parasitenkunde und Infektionskrankheiten	132
17.	Zentralblatt für Physiologie von Exner	98
18.	Zentralblatt für Physiologie und Pathologie der Harn- und Sexualorgane	130
19.	Zentralblatt für praktische Augenheilkunde	118
20.	Korrespondenzblatt für die Aerzte Hessen-Nassaus	124
21.	Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen	69
22.	v. Graefes Archiv für Ophthalmologie	121
23.	Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde	119
24.	Monatsblatt für öffentliche Gesundheitspflege	136
25.	Neurologisches Zentralblatt	128
26.	Ophthalmic Hospital Reports	122
27.	Revue de Thérapeutique Médico-Chirurgicale	134
28.	La semaine médicale	
29.	Sitzungsbericht der physikalisch-medizinischen Gesellschaft in Würzburg	20
30.	Veröffentlichungen des Kais. Gesundheitsamtes	137
31.	Zeitschrift für Biologie	114

*) Nummer des Gefaches der beiden Repositorien, in welchem die betr. Schrift liegt. Wo diese Nummer fehlt, handelt es sich um Schriften, die auf einem der Tische aufliegen.

32. Zeitschrift für Physiologie und Psychologie der Sinnesorgane 97
33. Der Altsche Zirkel, enthaltend:
    a) Archiv für klinische Chirurgie.
    b) Archiv für klinische Medizin.
    c) Zentralblatt für Chirurgie.
    d) Zentralblatt für Gynäkologie.
    e) Zentralblatt für innere Medizin.
    f) Korrespondenzblatt für Schweizer Aerzte.
    g) Therapeutische Monatshefte.
    h) Zeitschrift für klinische Medizin.

Ausserdem liegen in besonderen Büchergestellen auf: Index catalogue; Index medicus; Eulenburgs Realenzyklopädie der gesamten Heilkunde, I. und III. Auflage; Schmidts Jahrbücher der gesamten Medizin; Virchows Jahresberichte über die Leistungen und Fortschritte der gesamten Medizin; Penzoldt-Stintzing, Handbuch der Therapie innerer Krankheiten; Die Medizin der Gegenwart — und eine grössere Anzahl Handbücher.

Jahresbericht des Aerzteverbandes für freie Arztwahl für das Jahr 1905.

Der Mitgliederstand betrug im Anfang des Jahres 215 (118 allg., 97 Spezialärzte), neu eingetreten sind 24, ausgetreten 11 Aerzte, so dass am Ende des Jahres der Bestand 228 war (122 allg., 106 Spezialärzte).

Der Vorstand wurde gebildet aus den Herren Hohenemser als 1. Vorsitzenden, ferner aus den Herren Eiermann, Gross, Hainebach, Lapp, O. V. Müller, J. Rothschild, Scheven, Seckbach.

Zur Erledigung der Geschäfte wurden 3 Generalversammlungen und 33 Vorstandssitzungen abgehalten.

Ein empfindlicher Verlust war für den Verein der Tod seines Ehrenmitgliedes Dr. Emil Kirberger. Wenn er auch in der letzten Zeit nicht mehr als Kassenarzt tätig war, so stand er doch immer noch dem Verband mit Rat und Tat zur Seite. Eine Würdigung seines Wirkens und seiner Persönlichkeit hat an anderer Stelle stattgefunden. Beim Aerzteverband wird sein Andenken stets in Ehren gehalten werden.

Der Verband stand im Vertragsverhältnis zu 74 Krankenkassen und Sanitätsvereinen, von denen 16 die Einzelleistung bezahlen, während 58 im Pauschale an den Aerzteverband entrichteten. Bei diesen 58 Kassen und Sanitätsvereinen wurden von den Mitgliedern des Verbands im ganzen 202 026 Fälle mit 224 351 Besuchen und 558 865 Konsultationen behandelt. Somit entfielen auf einen Krankheitsfall durchschnittlich 3,88 Einzelleistungen. Hierfür wurde an die Aerzte an Honorar M. 438 374.— gezahlt, so dass auf eine Leistung, Besuche und Konsultationen gleich gerechnet, durchschnittlich 56 Pf. kamen.

Mit Beginn des Jahres trat der neue Vertrag mit den vereinigten Krankenkassen in Kraft, ferner wurden im Laufe des Jahres die Verträge der meisten Kassen, die die Einzelleistung bezahlen, erneuert und bei dieser Gelegenheit einheitlicher gestaltet. Mit Anfang des Jahres traten auch die Krankenkassen der Fleischer- und der Gastwirtsinnung zum ersten Mal in ein Vertragsverhältnis zum Aerzteverband. Auch mit der Transport-, Unfall- und Glasversicherungs-A.-G., sowie mit der Ortskrankenkasse in Rödelheim wurden Verträge geschlossen, die mit 1. Januar 1906 in Kraft treten.

Mit der Allg. Ortskrankenkasse wurde das prinzipiell wichtige Abkommen getroffen, dass die für die Angestellten der Städt. Strassenbahn erforderlichen Genesungsatteste durch die behandelnden Aerzte ausgestellt werden, wofür die Strassenbahnverwaltung M. 1.— pro Attest bezahlt. Die Statuten erhielten im Einverständnis mit den Krankenkassen insofern eine wichtige Aenderung, als die bisher bestehende Karrenzzeit für die Aerzte von mindestens einem Vierteljahr nahezu aufgehoben wurde, so dass die Tätigkeit der neu aufgenommenen Aerzte mit dem ihrer Aufnahme folgenden Quartalsanfang beginnt.

Alle diese Veränderungen machten den Neudruck eines Vademekums erforderlich, der nach eingehenden Vorbereitungen im Oktober als 4. Auflage erschien. Diese Ausgabe ist dem Andenken K i r b e r g e r s gewidmet worden.

Während des letzten Vierteljahres wurden Vertragsverhandlungen mit dem Medizinalbund und den übrigen Sanitätsvereinen geführt, deren Verträge nach von unserer Seite erfolgter Kündigung mit Ende des Jahres abliefen. Die neuen Verträge, die mit dem 1. Januar 1906 in Kraft treten, wurden einheitlich gestaltet und enthalten, abgesehen von der Erhöhung des Honorars pro Familie von M. 14.— auf M. 15.— einige wesentliche, zum Teil grundlegende Aenderungen. Es wurde bestimmt, dass neben dem Pauschale von den Mitgliedern unter

Haftung der Vereine an die Aerzte alle Leistungen, für die die Geb.-O. einen Mindestsatz von M. 5.— oder mehr vorsieht, nach den Mindestsätzen besonders zu zahlen sind. Ferner haben diejenigen Mitglieder mit einem Einkommen zwischen M. 2500.— bis M. 4000.—, denen wegen ihres Eintritts vor dem 1. Januar 1903 das weitere Verbleiben in den Vereinen gestattet werden musste, den Aerzten ebenfalls unter Haftung des Vereins alle Leistungen nach den Mindestsätzen zu honorieren. Kinder über 16 Jahren wurden vom Anspruch auf freie ärztliche Behandlung ausgeschlossen.

Aerzteverband für das freiwillige Rettungswesen in Frankfurt a. M.

Rechenschaftsbericht des Vorstandes über das Jahr 1904,

vorgelegt in der ordentlichen Generalversammlung am 27. Februar 1905.

Die Zahl der Mitglieder des Verbandes hat sich im verflossenen Jahre von 144 auf 147 erhöht. Ausgeschieden sind die Herren Dr. Cassian durch Tod und Dr. Adolf und Dr. Schultz durch Verzug. Neu eingetreten sind 6 Herren: DDr. Lejeune, Baldes, Heichelheim, Oxenius, Kurzezunge, Assfalg.

Der Vorstand bestand aus den Herren San.-Rat E. Cohn, erster Vorsitzender, Kirberger, zweiter Vorsitzender, Siegel, erster Schriftführer, Lapp, zweiter Schriftführer, Gelhaar, Kassier, ferner aus den Herren Ettlinger, Eiermann, Geh. Rat. Grandhomme, Roediger, Haus, Hainebach und Berlitzheimer, welch letzterer für den im Laufe des Jahres ausgetretenen Herren Homberger vom Vorstand kooptiert wurde. Zur Erledigung der laufenden Geschäfte wurden zwei Vorstandssitzungen und drei gemeinsame Sitzungen des Vorstandes und der wachdiensttuenden Aerzte abgehalten.

Am Wachdienst auf der Rettungswache des Samaritervereins in der Burgstrasse nahmen 21 Herren teil. Der Dienst auf der Wache der Freiwilligen Rettungswache in der Münzgasse wurde von 18 Herren versehen. Die Sanitätswache des Samaritervereins in Bockenheim ist auch in diesem Jahre ohne

ständigen ärztlichen Dienst geblieben. Der Bereitschaftsdienst wurde von denselben Herren wie im vergangenen Vereinsjahr ausgeführt. Die Zahl der wachdiensttuenden Kollegen hat sich im ganzen um 5 vermehrt.

Für fliegende Wachen stellen wir für die beiden Rettungsgesellschaften auch in diesem Jahre 9 Aerzte bei verschiedenen Gelegenheiten (Neujahrsnacht, Ruderregatta, Wäldchestag).

Zur Erteilung der Unterrichtskurze hatten sich 13 Herren bereit erklärt, welche die theoretischen und praktischen Unterrichtsstunden, welche seit Jahren von den beiden Rettungsgesellschaften veranstaltet werden, übernahmen. Zum ersten Male wurden in diesem Jahre die Kurse honoriert, und zwar mit je 15 M. für den einzelnen Kurs.

Der Herr Vorsitzende erstattete zweimal bei dem Aerztlichen Verein Bericht über den dereinstigen Stand des Rettungswesens.

Sämtliche Mitglieder unseres Verbandes wurden schriftlich zur Uebernahme von Dienststunden und Unterrichtskursen aufgefordert.

Die statutenmässige ordentliche Generalversammlung fand am 27. Februar 1904 statt. Als Delegierte des Vorstandes beteiligten sich Herr San.-Rat Cohn und Herr Siegel regelmässig an den Sitzungen des städtischen Rettungsausschusses.

E. Siegel, Schriftführer.

Dritter Teil.

Jahresbericht über die Verwaltung des Medizinalwesens, die Krankenanstalten und die öffentlichen Gesundheitsverhältnisse der Stadt Frankfurt a. M.

Bevölkerungsstatistik für Frankfurt a. M. im Jahre 1905.

Von Dr. A. Koenig.*)

I. Uebersicht des Standes und der Bewegung der Bevölkerung der Stadt Frankfurt a. M. im Jahre 1904.

Nach der Volkszählung betrug die Einwohnerzahl des Stadtkreises am 1. Dezember 1905 334 978 Seelen. Das Resultat der früheren Zählungen hiermit verglichen und eine daraufhin angestellte Berechnung der durchschnittlichen jährlichen Zunahme in Proz. ergibt:

Ergebnisse der Volkszählungen.

Zählungsjahr	Bevölkerung			Durchschnittl. jährliche Zunahme in Proz.	Zählungsjahr	Bevölkerung			Durchschnittl. jährliche Zunahme in Proz.
	männlich	weiblich	zusammen			männlich	weiblich	zusammen	
1811	—	—	40485	—	1861	36825	34739	71564	1,73
1817	20020	21438	41458	0,40	1864	40511	37734	78245	3,02
1823	20667	23251	43918	0,97	1867	38625	39652	78277	0,01
1837	27551	26486	54037	1,49	1871	44465	46584	91040	3,85
1840	27936	28187	56123	1,27	1875	50873	52263	103136	3,17
1843	27825	28455	56280	0,09	1880	64594	72237	136831	5,82
1846	29440	29000	58440	1,26	1885	72759	81682	154441	2,45
1849	29416	29900	59316	0,50	1890	85427	94593	180020	3,11
1852	30972	31539	62511	1,76	1895	108678	120601	229279	4,95
1855	32332	31925	64257	0,92	1900	139682	149307	288988	4,74
1858	33958	34017	67975	1,89	1905	162747	172231	334978	3,00

*) Nach den tabellarischen Uebersichten betr. den Zivilstand der Stadt Frankfurt a. M. herausgeg. vom städt. statist. Amte in Gemeinschaft mit dem Stadtarzt Sanitätsrat Dr. A. Koenig.

Die berechnete mittlere Jahresbevölkerung (1. Juli) betrug:

Berechnete mittlere Jahresbevölkerung (1. Juli).

Jahr	Mittlere Bevölkerung	Jahr	Mittlere Bevölkerung	Jahr	Mittlere Bevölkerung	Jahr	Mittlere Bevölkerung
1867	78400	1877	121200	1887	162100	1897	240500
1868	80000	1878	125600	1888	167200	1898	247400
1869	83100	1879	130300	1889	172400	1899	257400
1870	86300	1880	135000	1890	177600	1900	285000
1871	89700	1881	139700	1891	182900	1901	294000
1872	92800	1882	141900	1892	189000	1902	302000
1873	95800	1883	143300	1893	193300	1903	310000
1874	98800	1884	146600	1894	199600	1904	320000
1875	101800	1885	153000	1895	226400	1905	330000
1876	105200	1886	157300	1896	233500		

Es hat demnach ebenso wie im Vorjahre eine Bevölkerungszunahme von rund 10 000 Köpfen stattgefunden.

Betreffs der Bevölkerungsbewegung wurden von den (5) Standesämtern für das Kalenderjahr 1905 registriert 3631 Eheschliessungen, d. h. 11 Prom. der Bevölkerung (gegen 11,21 Prom. in 1904). 9439 Geburten (darunter 305 Totgeburten), d. h. 28,60 Prom. (gegen 29,86 Prom. in 1904). Der Geburtenüberschuss beträgt 3848.

Eheschliessungen, Geburten und Todesfälle 1884—1905.

Jahr.	Gesamtbevölkerung im Jahresmittel	Eheschliessungen		Geburten		Todesfälle	
		Zahl	auf 1000 Lebende	inkl. Totgebor.	auf 1000 Lebende	exkl. Totgebor.	auf 1000 Lebende.
1884	150 260	1340	8,9	4280	28,5	2994	19,9
1885	153 000	1447	9,8	4290	28,0	3033	19,8
1886	156 000	1486	9,5	4347	27,9	3050	19,6
1887	159 000	1609	10,1	4432	27,9	3134	19,7
1888	164 000	1604	9,8	4620	28,2	3053	18,6
1889	171 000	1796	10,5	4814	28,2	3397	19,9
1890	177 700	1868	10,5	4741	26,7	3305	18,6
1891	182 500	1874	10,3	5294	29,0	3367	18,4
1892	188 000	1903	10,1	5327	28,3	3732	19,9
1893	195 000	1975	10,1	5425	27,8	3570	18,3
1894	201 000	2040	10,2	5644	28,1	3270	16,3
1895	226 000[1])	2402	10,6	6493	28,7	3912	17,3
1896	233 000	2584	11,1	7023	30,1	3623	15,6
1897	240 500	2812	11,7	7381	30,7	3991	16,6
1898	247 800	2889	11,7	7691	31,0	3852	15,6
1899	255 800	2911	11,4	7654	30,0	4205	16,6
1900	264 000	2968	11,2	7727	29,3	4361	16,5
1901	294 000[2])	3130	10,7	8758	29,8	4588	15,6
1902	300 000	3235	10,7	8821	29,2	4434	14,7
1903	310 000	3392	10,9	8873	28,3	5188	16,7
1904	320 000	3543	11,1	9435	29,5	5025	15,7
1905	330 000	3631	11,0	9439	28,6	5286	16,02
50jähriger Durchschnitt ‰			9,4		28,0		18,5

Die Zahl der **Eheschliessungen** im Verhältnis zur mittleren Bevölkerung ist seit dem Jahre 1898, wo sie mit 11,7 Prom. ihren Höhepunkt erreicht hatte, bis 1901 langsam zurückgegangen, in den letzten Jahren aber wieder allmählich gestiegen auf 11,21 Prom. im Jahre 1904. 1905 aber wieder auf 11,00 Prom. gesunken.

Die Geburtsziffer in Prom. der Bevölkerung ist gegen das Vorjahr (29,5) wiederum nicht unerheblich gesunken, auf 28,6, erreicht aber hiermit den 50 jährigen Durchschnitt noch nicht.

[1]) Einschliesslich der in diesem Jahre eingemeindeten Stadt Bockenheim.

[2]) Einschliesslich der im Jahre 1900 eingemeindeten Vororte: Niederrad, Oberrad und Seckbach.

Einen Vergleich der Geburten des Jahres 1905 mit den Geburten der vorhergegangenen 20 Jahre ergibt die folgende Uebersicht:

Geburten in den Jahren 1884—1904.

Jahr	Zahl	Männl.	weibl.	Lebendgeborene	Totgeb.	Ehelich	Unehelich
1885	4290	2230	2060	4140	150	3820	470
1886	4347	2200	2147	4182	165	3879	468
1887	4432	2257	2175	4263	169	3943	489
1888	4620	2377	2243	4481	139	4136	484
1889	4814	2475	2339	4665	149	4272	540
1890	4741	2357	2384	4603	138	4213	528
1891	5294	2666	2628	5162	132	4703	591
1892	5327	2734	2593	5180	147	4673	654
1893	5425	2708	2717	5266	159	4750	675
1894	5644	2832	2812	5486	158	4918	726
1895	6493	3328	3165	6307	186	5712	781
1896	7023	3583	3440	6789	234	6183	840
1897	7381	3762	3619	7129	252	6435	946
1898	7691	3979	3712	7436	155	6796	895
1899	7654	3958	3696	7411	243	6691	963
1900	7727	3998	3729	7513	214	6764	963
1901	8758	4541	4217	8497	261	7706	1052
1902	8821	4549	4272	8552	269	7696	1125
1903	8873	4596	4277	8563	310	7758	1115
1904	9435	4867	4568	9146	289	8187	1248
1905	9439	4846	4593	9134	305	8103	1336
50 jähriger Durchschnitt ‰	1000	511,0	489,0	965,6	3,44	873,0	127,0

Von den 8103 ehelichen Kindern wurden 7864 lebend und 239 tot geboren, d. h. 2,9 Proz. Totgeburten, von den 1336 unehelichen wurden 1270 lebend und 66 tot geboren, d. h. 4,9 Proz. Totgeburten.

Eine Uebersicht der Beteiligung der einzelnen Stadtteile gibt die folgende Tabelle.

Lebend- und Totgeburten

nach Geschlecht und Legitimität in

Stadtteile	Jahresbevölkerung 1905	Eheliche								
		Lebendgeborene			Totgeborene			Zusammen		
		m.	w.	zus.	m	w.	zus.	m.	w.	zus.
Altstadt	23 300	288	232	**520**	12	5	**17**	300	237	**537**
Westliche Neustadt .	97 000	53	64	**117**	1	1	**2**	54	65	**119**
Nördliche „ . .	7 400	58	54	**112**	3	1	**4**	61	55	**116**
Oestliche „ . .	14 100	124	109	**233**	6	4	**10**	130	113	**243**
Südwestl. Aussenstadt .	44 600	559	511	**1070**	18	12	**30**	577	523	**1100**
Westliche „ .	10 000	49	64	**113**	1	1	**2**	50	65	**115**
Nordwestl. „ .	15 800	82	79	**161**	2	4	**6**	84	83	**167**
Nördliche „ .	32 200	288	316	**604**	5	4	**9**	293	320	**613**
Nordöstliche „ .	45 600	578	608	**1186**	25	15	**40**	603	623	**1226**
Oestliche „ .	19 800	187	169	**356**	5	6	**11**	192	175	**367**
Bornheim	17 600	317	278	**595**	11	11	**22**	328	289	**617**
Inneres Sachsenhausen	11 800	168	166	**334**	6	8	**14**	174	174	**348**
Aeusseres „	32 400	375	344	**719**	15	7	**22**	390	351	**741**
Bockenheim	34 000	512	474	**986**	15	11	**26**	527	485	**1012**
Niederrad	9 800	181	185	**366**	8	6	**14**	189	191	**380**
Oberrad	8 800	158	141	**299**	4	2	**6**	162	143	**305**
Seckbach	3 100	33	39	**72**	—	—	—	33	39	**72**
Zusammen . .	340 000	4010	3833	**7843**	137	98	**235**	4147	3931	**8078**
Eltern auswärts wohn.		7	14	**21**	1	3	**4**	8	17	**25**
Ohne Wohnungsangabe		—	—	—	—	—	—	—	—	—
Ueberhaupt . .		4017	3847	**7864**	138	101	**239**	4155	3948	**8103**
Davon in Anstalten . .		227	210	**437**	26	21	**47**	253	231	**484**

Die Zahl der Todesfälle (ohne die Totgeburten) ist auf 16,02 Prom. der Bevölkerung gestiegen und bleibt somit immer noch erheblich unter dem 50 jährigen Mittel, welches 18,5 Prom.

des Jahres 1905

der Ausscheidung nach Stadtteilen.

Uneheliche																	
Lebend-geborene			Totge-borene			Zusammen			Lebend-geborene			Tot geborene			Gesamtzahl		
m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.
79	83	**162**	8	5	**13**	87	88	**175**	367	315	**682**	20	10	**30**	387	325	**712**
13	15	**28**	1	1	**3**	14	16	**30**	66	79	**145**	2	2	**4**	68	81	**149**
15	17	**32**	—	1	**1**	15	18	**33**	73	71	**144**	3	2	**5**	76	73	**149**
55	55	**110**	3	3	**6**	58	58	**116**	179	164	**343**	9	7	**16**	188	171	**359**
101	84	**185**	10	4	**14**	111	88	**199**	660	595	**1255**	28	16	**44**	688	611	**1299**
4	1	**5**	—	—	—	4	1	**5**	53	65	**118**	1	1	**2**	54	66	**120**
5	3	**8**	—	1	**1**	5	4	**9**	87	82	**169**	2	5	**7**	89	87	**176**
50	39	**89**	—	2	**2**	50	41	**91**	338	355	**693**	5	6	**11**	343	361	**704**
129	115	**244**	3	2	**5**	132	117	**249**	707	723	**1430**	28	17	**45**	735	740	**1475**
24	24	**48**	3	—	**3**	27	24	**51**	211	193	**404**	8	6	**14**	219	199	**418**
22	37	**59**	2	4	**6**	24	41	**65**	339	315	**654**	13	15	**28**	352	330	**682**
30	17	**47**	2	3	**5**	32	20	**52**	198	183	**381**	8	11	**19**	206	194	**400**
49	28	**77**	2	1	**3**	51	29	**80**	424	372	**796**	17	8	**25**	441	380	**821**
41	39	**80**	1	—	**1**	42	39	**81**	553	513	**1066**	16	11	**27**	569	524	**1093**
18	25	**43**	-	3	**3**	18	28	**46**	199	210	**409**	8	9	**17**	207	219	**426**
12	17	**29**	—	—	—	12	17	**29**	170	158	**328**	4	2	**6**	174	160	**334**
1	2	**3**	—	—	—	1	2	**3**	34	41	**75**	—	—	—	34	41	**75**
648	601	**1249**	35	30	**65**	683	631	**1314**	4658	4434	**9092**	172	128	**300**	4830	4562	**9392**
8	13	**21**	—	1	**1**	8	14	**22**	15	27	**42**	1	4	**5**	16	31	**47**
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
656	614	**1270**	35	31	**66**	691	645	**1336**	4673	4461	**9134**	173	132	**305**	4846	4593	**9439**
368	330	**698**	16	17	**33**	384	317	**731**	595	540	**1135**	42	38	**80**	637	578	**1215**

beträgt. Die Sterbeziffer der Säuglinge beträgt 17,4 Proz. der Lebendgeborenen.

Die Sterbefälle des Jahres 1905 nach Stadt-

(Die Sterbefälle sind soweit tunlich denjenigen Stadt

Stadtteile	Von den Verstorbenen standen																	
	0—1			1—5			5—10			10—15			15—20			20—30		
	m.	w	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w	zus	m.	w.	zus	m.	w.	zus.
Altstadt	96	66	**162**	36	30	**66**	7	3	**10**	—	8	**3**	4	2	**6**	24	23	**47**
Westliche Neustadt . . .	11	3	**14**	1	4	**5**	2	—	**2**	—	1	**1**	1	1	**2**	6	4	**10**
Nördliche „ . . .	12	10	**22**	4	8	**12**	1	1	**2**	1	1	**2**	1	—	**1**	[illegible]	4	**7**
Oestliche „ . . .	33	38	**71**	5	13	**18**	1	—	**1**	—	—	—	3	1	**4**	8	9	**17**
Südwestliche Aussenstadt	90	86	**176**	25	20	**45**	6	3	**9**	2	2	**4**	8	7	**15**	21	20	**41**
Westliche „	5	1	**6**	—	—	—	1	—	**1**	—	—	—	1	1	**2**	1	3	**4**
Nordwestliche „	5	7	**12**	2	2	**4**	—	1	**1**	2	1	**3**	3	2	**5**	7	4	**11**
Nördliche „	43	39	**82**	14	11	**25**	—	4	**4**	1	4	**5**	1	7	**8**	17	9	**26**
Nordöstliche „	134	113	**247**	36	41	**77**	5	3	**8**	—	2	**2**	7	2	**9**	27	28	**55**
Oestliche „	27	17	**44**	8	8	**16**	—	1	**1**	1	—	**1**	1	2	**3**	4	10	**14**
Bornheim	80	70	**150**	29	19	**48**	5	5	**10**	—	1	**1**	1	2	**3**	6	4	**10**
Inneres Sachsenhausen	63	44	**107**	15	15	**30**	1	2	**3**	—	1	**1**	2	3	**5**	4	11	**15**
Aeusseres „	55	35	**90**	11	11	**22**	9	3	**12**	4	4	**8**	4	9	**13**	15	14	**29**
Bockenheim	95	80	**175**	22	27	**49**	4	3	**7**	1	1	**2**	6	2	**8**	13	19	**32**
Niederrad	64	57	**121**	21	14	**35**	1	6	**7**	2	2	**4**	2	2	**4**	6	4	**10**
Oberrad	32	40	**72**	14	13	**27**	1	1	**2**	—	1	**1**	4	—	**4**	5	5	**10**
Seckbach	5	3	**8**	—	3	**3**	1	—	**1**	—	—	—	1	1	**2**	1	1	**2**
Zusammen .	850	709	**1559**	243	239	**482**	45	36	**81**	14	24	**38**	50	44	**94**	168	172	**340**
Nach auswärts gehörig .	10	6	**16**	5	6	**11**	—	—	—	3	—	**3**	9	4	**13**	23	12	**35**
Mit unbek. Wohnung .	1	1	**2**	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	14	—	**14**
Ueberhaupt . .	861	716	**1577**	248	245	**493**	45	36	**81**	17	24	**41**	59	48	**107**	205	184	**389**

II. Tabellarische Uebersicht der im Jahre 1904 in Frankfurt vorgekommenen Todesfälle.

Die folgenden Tabellen bringen die Uebersichten der im Jahre 1905 in Frankfurt vorgekommenen Todesfälle (ausschliesslich der Totgeburten) und zwar:

1. nach den Todesursachen und dem erreichten Lebensalter,

2. nach den Todesursachen und den Monaten, in welchen die Todesfälle stattfanden,

teilen, Alter, Geschlecht und Religionsbekenntnis.

bezirken zugewiesen, in welchen die Erkrankung erfolgte.)

im Alter von Jahren																							
30—40			40—50			50—60			60—70			70—80			80—90			über90			Zusammen		
m.	w	zus	m.	w.	zus	m	w.	zus	m	w.	zus	m.	w.	zus	m.	w.	zus.	m	w.	z	m.	w.	zus.
32	8	**40**	28	24	**52**	31	27	**58**	31	29	**60**	8	15	**23**	4	7	**11**	–	–	—	301	237	**538**
6	3	**9**	8	1	**9**	12	6	**18**	9	6	**15**	11	5	**16**	2	5	**7**	—	—		69	39	**108**
5	7	**12**	—	1	**2**	3	5	**8**	12	7	**19**	6	6	**12**	4	3	**7**	1	—	**1**	54	53	**107**
11	5	**16**	10	8	**18**	14	16	**30**	19	13	**32**	16	18	**34**	7	8	**15**	2	2	**4**	129	131	**260**
25	15	**40**	21	13	**34**	19	25	**44**	15	17	**32**	8	12	**20**	4	5	**9**	—	—	—	244	225	**469**
4	1	**5**	—	4	**0**	11	4	**15**	7	3	**10**	6	9	**15**	3	6	**9**	—	—	—	39	32	**71**
5	9	**14**	4	6	**14**	15	7	**22**	16	22	**38**	15	17	**32**	4	12	**16**		1	**1**	56	66	**122**
16	18	**34**	17	17	**34**	34	27	**61**	36	45	**81**	22	35	**57**	7	18	**25**	1	2	**3**	209	236	**445**
22	21	**43**	27	26	**53**	34	34	**68**	32	42	**74**	19	24	**43**	5	8	**13**	-	—	—	348	344	**592**
5	6	**11**	9	6	**15**	22	20	**42**	18	19	**37**	9	19	**28**	5	7	**12**	1	1	**2**	110	116	**226**
9	8	**17**	9	6	**15**	14	8	**22**	16	18	**34**	5	11	**16**	4	3	**7**	—	—	—	178	155	**333**
14	5	**19**	3	3	**6**	11	9	**20**	12	18	**30**	7	9	**16**	3	6	**9**	2	1	**3**	137	127	**264**
21	13	**34**	14	11	**25**	33	21	**54**	28	33	**61**	13	27	**40**	6	9	**15**	–	1	**1**	213	191	**404**
16	15	**31**	8	17	**25**	32	16	**48**	24	30	**54**	13	16	**29**	3	6	**9**	—	1	**1**	237	233	**470**
4	3	**7**	9	3	**12**	9	8	**17**	3	10	**13**	2	8	**10**	1	—	**1**	—	—	—	124	117	**241**
4	4	**8**	6	8	**14**	8	3	**11**	10	8	**18**	1	5	**6**	4	3	**7**	–	1	**1**	89	92	**181**
—	—	—	1	—	**1**	2	2	**4**	4	2	**6**	3	4	**7**	—	2	**2**	-	—	—	18	18	**36**
199	141	**340**	175	154	**329**	304	238	**542**	292	322	**614**	164	240	**404**	66	108	**174**	7	10	**17**	2577	2437	**5014**
20	14	**34**	21	8	**29**	21	10	**31**	19	16	**35**	1	5	**6**	4	1	**5**	—		—	136	82	**218**
10	—	**10**	10	1	**11**	11	1	**12**	5	—	**5**	—	—	—	–	—	—	–	—	–	51	2	**54**
229	155	**384**	206	163	**369**	336	249	**585**	316	338	**654**	165	245	**410**	70	109	**179**	7	10	**17**	2764	2522	**5286**
															Kinder unt. 1 Jahr						861	716	**1577**
															„	„		5	„		1109	961	**2670**

3. nach den Todesursachen und den Stadtteilen, in welchen die Erkrankungen erfolgten,

4. Todesfälle der Kinder von unter 15 Jahren nach Alter und Legitimität,

5. der Todesfälle im ersten Lebensjahre nach den Todesursachen und dem erreichten Lebensalter bezw. den Monaten, in welchen die Todesfälle stattfanden, und

6. aller Todesfälle nach den Todesursachen im Vergleich mit den 10 vorhergehenden Jahren und mit dem 50jährigen Durchschnitt der Jahre 1851—1900.

Die Sterbefälle des Jahres 1905 nach

Ord.-Nr.	Todesursachen	0—1 Jahr			1—5 Jahre			5—10 Jahre			10—15 Jahre			15—20 Jahre			20—30 Jahre		
		m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.
1	Angeborene Lebenschwäche	139	135	274	—	—	—	—	—	—	—	.	—	—	—	—	—	—	—
2	Alterschwäche		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3	Selbstmord	—	—	—	—	—	—	—	—		-	—	—	2	1	3	23	10	[illegible]
4	Mord	3	1	4	1	—	1	—	—	—		—	—	1	3	4	3	[illegible]	[illegible]
5	Unglücksfall	1	4	5	5	4	9	4	1	5	1	1	2	7	2	9	16	1	17
	Infektions und allgemeine Krankheiten																		
6	Variola, Blattern	—	—	—	—	—	—		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
6a	Influenza	5	4	9	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	3
7	Morbilli, Masern	14	15	29	28	30	58	1	3	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—
8	Scarlatina, Scharlach	—	2	2	4	4	8	5	1	6	2	1	3	—	—	—	—	—	—
9	Diphtheria, Diphtherie	1	1	2	8	7	15	3	4	7	1	1	2	—		—	—	1	1
10	Pertussis, Keuchhusten	10	15	25	7	8	25	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
11	Typhus, Nervenfieber	—	—	—	—	1	1		—	—	—	—	—	1	—	1	2	2	4
12	Dysenteria, Ruhr	—	—	—	—		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
13	Cholera asiatica, asiat. Cholera	—	—	—	.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
14	Hydrophobia, Wasserscheu	—	—		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
15	Febris puerp., Wochenbettfieber	—		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	[illegible]
16	Erysipelas, Rose	2	1	3		1	1	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	1	1
17	Mening. cereb.-spin., Genickkrpf.	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	.	—	—	—	—
18	Rheum. acutus, Gelenkrheum.	—	—	—	—	—	—	—	—		—	—	—	1	—	1	1	1	2
19	Tuberculosis miliaris acuta, gallopierende Schwindsucht	4	3	7	7	11	18	2	3	5	—	1	1	1	1	2	3	7	10
20	Diabetes mellitus, Zuckeruhr	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	4	4	1	1	2	2	—	2
21	Sonstige allgemeine Krankheiten	23	24	47	5	11	16	1	1	2	1	1	2	4	1	5	5	2	7
	Lokalisierte Krankheit.																		
22	Meningitis tuberculosa, tuberk. Hirnhautentzündung	4	6	10	12	9	21	1	2	3	—	1	1	—	—	—	3	1	4
23	Apoplexia cereb. sang., Hirnschl.	5	2	7	1	1	2	—	1	1	—	—	—	—	2	2	1	—	1
24	Eclampsia, Krämpfe	79	64	143	19	23	42		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
25	Eclampsia parturientium, Krampf der Wöchnerinnen	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		—	—	3	3
26	Sonstige Krankheiten d. Gehirns	8	10	18	17	15	32	6	2	8	1	4	5	5	2	7	4	9	13
27	Krankheiten des Rückenmarks	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1
28	„ d. Herzens u. d. Gefässe	20	15	35	8	4	12	2	3	5	—	2	2	3	4	7	14	10	24
29	Bronchitis acuta, akute Luftröhrenästeentzündung	30	25	55	16	15	31	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
30	Bronch. chr., chr. Lungenentzg.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
31	Pneumonia, Lungenentzündung	86	71	157	58	65	123	6	2	8	1	—	1	6	2	8	11	7	18
32	Phthisis pulm., Lungenschwds.	9	4	13	12	10	22	3	5	8	3	6	9	21	20	41	99	90	169
33	Laryngismus strid., Kehlkopfkr.	33	17	50	5	6	11	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
34	Angina membranacea, Krupp	—	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Todesursachen und erreichtem Lebensalter.

30–40 Jahre			40–50 Jahre			50–60 Jahre			60–70 Jahre			70–80 Jahre			80–90 Jahre			90–100 Jahre			Ueberhaupt †)		
m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	139	135	274
—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	17	23	25	43	68	30	42	72	6	6	12	67	108	175
15	6	21	14	7	21	19	2	21	12	3	15	1	1	2	—	—	—	—	—	—	86	30	116
1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	9	5	14
15	1	16	8	—	8	11	1	12	3	2	5	2	1	3	1	1	2	—	—	—	74	19	93
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2	—	2	3	1	4	3	6	9	4	11	15	1	11	14	—	6	6	—	2	2	20	43	63
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	43	48	91
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	11	8	19
—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	13	15	28
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	17	23	40
2	1	3	—	—	—	1	—	1	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	5	11
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	5	5	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	8
—	1	1	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	2	7	9
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	3
2	3	5	5	—	5	—	—	—	2	3	5	—	—	—	1	—	1	—	—	—	27	32	59
2	2	4	3	2	5	9	10	19	7	9	16	7	6	13	1	—	1	—	—	—	32	35	67
1	2	3	7	4	11	4	5	9	3	7	10	1	2	3	—	1	1				55	61	116
1	—	1	—	1	1	1	1	2	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	22	22	44
5	2	7	8	8	16	26	21	47	46	31	77	24	29	58	5	12	17	1	—	1	122	109	231
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	98	87	185
—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	4
8	2	10	4	7	11	13	9	22	8	1	9	8	3	11	1	1	2	—	—	—	83	65	148
—	—	—	—	1	1	2	2	4	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	3	8
25	21	46	35	27	62	66	48	114	63	93	156	44	63	107	11	18	29	—	1	1	291	309	600
1	—	1	1	2	3	4	2	6	2	4	6	2	3	5	2	1	3	—	1	1	58	53	111
1	—	1	1	—	1	2	3	5	2	8	10	3	7	10	5	5	10	—	—	—	11	23	37
16	4	20	10	6	16	16	19	35	41	33	74	10	24	34	7	11	18	—	—	—	295	217	512
110	67	177	55	29	94	60	25	85	29	15	44	6	6	12	2	1	3	—	—	—	409	288	697
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	38	24	62
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	2

Die Sterbefälle des Jahres 1905 nach

Ord.-Nr.	Todesursachen	0–1 Jahr			1–5 Jahre			5–10 Jahre			10–15 Jahre			15–20 Jahre			20–25 Jahre		
		m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m	w.	zus.	m.	w.	zus.
35	Sonstige Lungenkrankheiten .	2	4	**6**	4	1	**5**	2	–	**2**	—	–	—	–	1	**1**	—	2	**2**
36	Krankheiten des Rippenfells .	1	1	**2**	1	1	**2**	1	—	**1**	—	—	—	—	—	—	—	1	**1**
37	Catarrhus gastro-intestinalis, Magendarmkatarrh	208	157	**365**	11	5	**16**	1	—	**1**	—	1	1	—	—	—	—	—	–
38	Cholera nostras, Brechruhr .	74	57	**131**	3	2	**5**	—	–	—		—	—	—	–	–	—	—	—
39	Atrophia, Ernährungszehrfieber	89	65	**154**	2	2	**4**	—	—	—	–		—	—	-	—	—	—	–
40	Sonst. Krankh. d. Verdauungskan.	6	3	**9**	4	1	**5**	—	–	—	–	—	–	—	1	**1**	2	5	**7**
41	Krankheiten des Bauchfells . .	1	—	**1**	1	2	**3**	2	4	**6**	4	—	**4**	4	5	**9**	5	10	**15**
42	„ der Leber	1	1	**2**	—	—	—	-	—	..	—	—	—	—	—	—	—	2	**2**
43	„ von Milz und Pankreas	—	—	—	–	—	–	—	—	—	—	—	—	—	—	–	1	—	**1**
44	„ der Harnwerkzeuge .	1	4	**5**	3	3	**6**	3	1	**4**	—	—	—	—	–	—	4	5	**9**
45	„ der Geschlechtswerkz.	—	—	—	—	—	–	—		—	—	—	—	—	1	**1**	—	5	**5**
46	„ der Bewegungswerkz.	—	–	—	3	2	**5**	2	1	**3**	2	1	**3**	2	1	**3**	2	4	**6**
47	„ der Haut	2	4	**6**	—	—	—	—	—	-	1	–	**1**	–	—	—	1	—	**1**
48	Tod aus unbekannter Ursache	—	—	—	—	—	—	–	—	—	—	—	—	—	--	—	-	—	—
	Zusammen . .	861	716	**1577**	248	245	**493**	45	36	**81**	17	24	**41**	59	48	**107**	205	184	**389**

Todesursachen und erreichtem Lebensalter

30—40 Jahre			40—50 Jahre			50—60 Jahre			60—70 Jahre			70—80 Jahre			80—90 Jahre			90—100 Jahre			Ueberhaupt †)		
m	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.
—	4	**4**	6	3	**9**	11	7	**18**	10	13	**23**	2	1	**3**	—	—	—	—	—	—	37	31	**73**
1	—	**1**	1	—	**1**	1	—	**1**	1	2	**3**	3	—	**3**	1	—	1	—	—	—	11	5	**16**
—	—	—	—	—	—	1	—	**1**	—	—	—	—	—	—	—	1	**1**	—	—	—	221	161	**385**
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	**1**	—	—	—	—	—	—	—	—	—	77	60	**137**
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	91	67	**158**
5	8	**13**	17	9	**26**	32	21	**53**	35	31	**66**	16	19	**35**	1	—	**1**	—	—	—	118	98	**216**
6	7	**13**	3	8	**11**	5	6	**11**	6	7	**13**	1	3	**4**	—	—	—	—	—	—	38	52	**90**
2	5	**7**	8	8	**16**	16	19	**35**	11	12	**23**	1	6	**7**	1	2	**3**	—	—	—	40	55	**95**
—	1	**1**	1	—	**1**	1	2	**3**	1	—	**1**	—	1	**1**	—	—	—	—	—	—	4	4	**3**
5	6	**11**	13	6	**19**	30	14	**44**	15	10	**25**	5	7	**12**	4	2	**6**	—	—	—	53	58	**141**
—	5	**5**	—	19	**19**	—	17	**17**	—	18	**18**	—	3	**3**	—	1	**1**	—	—	—	—	69	**69**
2	1	**3**	—	2	**2**	1	6	**7**	2	5	**7**	1	3	**4**	—	1	**1**	—	—	—	17	27	**44**
—	—	—	3	—	**3**	—	1	**1**	—	—	—	2	1	**3**	—	—	—	—	—	—	9	6	**15**
1	—	**1**	—	1	**1**	1	1	**2**	5	—	**5**	—	1	**1**	—	—	—	—	—		7	3	**10**
229	155	**384**	.06	163	**369**	336	249	**585**	316	338	**654**	165	245	**410**	70	109	**179**	7	10	**17**	2764	2522	**5286**

Die Sterbefälle des Jahres 190

Ordn.-Nr.	Todesursachen	Januar			Februar			März			April			Mai			Juni	
		m.	w.	zus.	m.	w	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus	m.	w.	zus	m.	w.
1	Angeborene Lebensschwäche	17	19	**36**	13	13	**26**	10	12	**22**	15	9	**24**	12	13	**25**	10	[illegible]
2	Altersschwäche	4	13	**17**	6	7	**13**	10	13	**23**	3	6	**9**	7	14	**21**	4	[illegible]
3	Selbstmord	3	3	**6**	5	3	**8**	6	2	**8**	9	3	**12**	11	3	**14**	9	[illegible]
4	Mord	—	—	—	—	—	—	1	—	**1**	—	—	—	1	1	**2**	—	—
5	Unglücksfall	6	1	**7**	2	2	**4**	2	3	**5**	4	1	**5**	5	1	**6**	6	[illegible]
	Infektions und allgemeine Krankheiten.																	
6	Variola, Blattern	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
6a	Influenza	10	21	**31**	4	9	**13**	2	4	**6**	2	5	**7**	—	1	**1**	—	—
7	Morbilli, Masern	—	—	—	3	3	**6**	5	5	**10**	4	5	**9**	13	9	**22**	9	[illegible]
8	Scarlatina, Scharlach	1	—	**1**	1	—	**1**	—	—	—	—	2	**2**	1	1	**2**	5	—
9	Diphtheria, Diphtherie	1	3	**4**	2	1	**3**	1	—	**1**	—	—	—	—	1	**1**	3	1
10	Pertussis, Keuchhusten	—	1	**1**	1	2	**3**	1	—	**1**	2	—	**2**	2	8	**10**	3	2
11	Typhus, Nervenfieber	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	**2**	—	—	—	—	—
12	Dysenteria, Ruhr	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
13	Cholera asiatica, asiat. Cholera	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
14	Hydrophobia, Wasserscheu	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
15	Febris puerp., Wochenbettfieber	—	1	**1**	—	1	**1**	—	2	**2**	—	—	—	—	—	—	—	—
16	Erysipelas, Rose	1	—	**1**	—	—	—	—	1	**1**	—	—	—	—	—	—	—	—
17	Mening. cereb.-spin., Genickkrpf.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
18	Rheum. acutus, Gelenkrheum.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
19	Tuberculosis miliaris acuta, galoppierende Schwindsucht	3	5	**8**	—	3	**3**	2	1	**3**	2	3	**5**	4	4	**8**	2	2
20	Diabetes mellitus, Zuckerruhr	2	1	**3**	4	3	**7**	4	4	**8**	4	7	**11**	4	2	**6**	2	1
21	Sonstige allgemeine Krankheiten	5	6	**11**	5	4	**9**	4	6	**10**	2	11	**13**	7	5	**12**	7	6
	Lokalisierte Krankheiten																	
22	Meningitis tuberculosa, tuberk. Hirnhautentzündung	–	4	**4**	4	—	**4**	2	5	**7**	1	5	**6**	1	2	**3**	2	1
23	Apoplexia cereb. sang., Hirnschl.	16	9	**25**	15	8	**23**	13	11	**24**	10	12	**22**	10	6	**16**	10	7
24	Eclampsia, Krämpfe	11	7	**18**	9	8	**17**	12	6	**18**	9	8	**17**	10	12	**22**	6	9
25	Eclampsia, parturientium, Krampf der Wöchnerinnen	—	1	**1**	—	1	**1**	—	—	—	—	-	—	—	—	—	—	—
26	Sonstige Krankheiten des Gehirns	8	9	**17**	4	5	**9**	8	10	**18**	4	4	**8**	8	6	**14**	9	4
27	Krankheiten des Rückenmarks	1	—	**1**	—	—	—	—	1	**1**	1	—	**1**	—	1	**1**	—	—
28	„ des Herzens u. d. Gefässe	34	32	**66**	25	27	**52**	17	26	**43**	33	24	**57**	30	20	**50**	26	32
29	Bronchitis acuta, akute Luftröhrenästeentzündung	8	4	**12**	6	4	**10**	8	5	**13**	12	10	**22**	6	4	**10**	3	3
30	Bronch. chr., chr. Luftröhrenästeentzündung	2	1	**3**	2	5	**7**	—	4	**4**	2	1	**3**	3	5	**8**	—	1
31	Pneumonia, Lungenentzündung	30	31	**61**	21	32	**53**	26	26	**52**	36	27	**63**	27	27	**54**	24	19
32	Phthisis pulmon., Lungenschwds.	23	25	**48**	37	28	**65**	39	28	**67**	34	31	**65**	55	31	**86**	31	18
33	Laryngismus strid., Kehlkopfkr.	6	2	**8**	4	4	**8**	3	4	**7**	4	—	**4**	8	2	**10**	2	1

Monaten und Todesursachen.

…		August			Septemb.			Oktober			Novemb.			Dezember			Zusammen			Davon in Anstalten		
…	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.
3	19	10	12	22	12	16	28	13	6	19	12	7	19	9	12	21	139	135	274	28	16	44
1	20	5	8	13	4	5	9	7	6	13	5	10	15	3	7	10	67	108	175	21	21	42
3	13	5	3	8	6	2	8	8	2	10	7	1	8	7	3	10	86	30	116	18	5	23
—	1	—	—	—	—	—	—	2	—	2	2	1	3	1	3	4	9	5	14	3	1	4
1	22	4	3	7	10	1	11	5	—	5	4	1	5	5	—	5	74	19	93	33	9	42
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	1	1	1	—	1	—	—	—	1	2	3	20	43	63	2	11	13
10	16	2	7	9	1	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	43	38	91	5	7	12
1	2	1	—	1	—	2	2	1	1	2	—	—	—	—	1	1	11	8	19	6	6	12
—	1	1	—	1	1	5	6	1	—	1	1	—	1	1	4	5	13	15	28	10	6	16
1	1	2	2	4	—	3	3	—	—	—	1	3	4	5	1	6	17	23	40	5	2	7
1	1	1	—	1	1	1	2	3	—	3	—	2	2	—	—	—	6	5	11	5	4	9
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	1	1
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1	1	—	—	—	—	1	1	—	1	1	—	—	—	—	1	1	—	8	8	—	6	6
2	2	—	—	—	—	1	1	1	—	1	—	2	2	—	1	1	2	7	9	1	4	5
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	-	1	—	—	—
—	1	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	3	2	—	2
2	4	4	—	4	2	2	4	2	3	5	1	6	7	3	1	4	27	32	59	16	18	34
3	6	1	3	4	3	2	5	—	5	5	3	1	4	2	3	5	32	35	67	11	13	24
4	12	3	1	4	4	6	10	6	5	11	1	5	6	3	2	5	55	61	116	31	20	51
1	3	4	—	4	2	2	4	1	—	1	1	1	2	2	1	3	22	22	44	7	8	15
13	21	3	9	12	10	5	15	13	10	23	10	9	19	4	10	14	122	109	231	19	22	41
13	26	6	5	11	5	1	6	4	2	6	5	10	15	8	6	14	98	87	185	2	6	8
1	1	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	4	—	4	4
2	11	8	5	13	8	5	13	4	7	11	5	2	7	8	6	14	83	65	148	45	27	72
—	—	1	—	1	1	—	1	1	1	2	—	—	—	—	—	—	5	3	8	2	2	4
22	33	24	32	56	20	27	47	21	22	43	25	28	53	25	17	42	291	309	600	72	96	168
5	8	4	3	7	2	3	5	2	8	10	2	3	5	2	1	3	58	53	111	7	16	23
—	1	1	—	1	1	2	3	—	2	2	2	1	3	—	1	1	14	23	37	—	4	4
23	37	10	8	18	23	16	39	11	8	19	22	8	30	21	22	43	265	247	512	122	89	211
25	63	28	19	47	32	19	51	25	24	49	41	20	61	26	20	46	409	288	697	242	114	356
4	6	1	—	1	—	1	1	1	2	3	2	2	4	5	2	7	38	24	62	1	2	3

Die Sterbefälle des Jahres 1…

Ordn.-Nr.	Todesursachen.	Januar			Februar			März			April			Mai			J…
		m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.
34	Augina membranacea, Krupp	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	**1**	—
35	Sonstige Lungenkrankheiten	2	3	**5**	3	3	**6**	2	3	**5**	5	2	**7**	4	4	**8**	4
36	Krankheiten des Rippenfells	4	1	**5**	1	2	**3**	2	—	**2**	—	1	**1**	—	—	—	2
37	Catarrhus gastro-intestinalis. Magendarmkatarrh	8	2	**10**	3	2	**5**	4	4	**8**	6	7	**13**	7	5	**12**	11
38	Cholera nostras, Brechruhr	—	—	—	—	—	—	1	—	**1**	2	—	**2**	2	2	**4**	1
39	Atrophia. Ernährungszehrfieber	10	3	**13**	5	2	**7**	9	5	**14**	5	3	**8**	5	4	**9**	9
40	Sonst. Krankh. des Verdauungskanals	16	6	**22**	5	7	**12**	10	5	**15**	7	8	**15**	7	14	**21**	12
41	Krankheiten des Bauchfells	2	8	**10**	1	2	**3**	2	5	**7**	2	1	**3**	4	2	**6**	6
42	„ der Leber	5	5	**10**	3	3	**6**	5	5	**10**	5	—	**5**	4	4	**8**	2
43	„ von Milz und Pankreas		—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	**1**	—	—	—	2
44	„ der Harnwerkzeuge	6	8	**14**	5	1	**6**	7	6	**13**	12	3	**15**	8	4	**12**	4
45	„ der Geschlechtswerkz.	—	5	**5**	—	4	**4**	—	5	**5**	—	7	**7**	—	8	**8**	—
46	„ der Bewegungswerkz.	2	3	**5**	3	1	**4**	1	4	**5**	1	3	**4**	1	1	**2**	—
47	„ der Haut	1	1	**2**	—	—	—	—	—	—	1	—	**1**	—	—	—	2
48	Tod aus unbekannter Ursache	2	—	**2**	—	1	**1**	1	1	**2**	1	1	**2**	—	—	—	—
	Zusammen	250	244	**494**	202	201	**403**	220	222	**442**	241	212	**453**	268	227	**495**	[illegible]
	Kinder unter 1 Jahr	67	55	**122**	58	45	**103**	64	47	**111**	57	42	**99**	68	65	**133**	[illegible]
	„ „ 5 Jahren	85	71	**156**	77	73	**150**	86	72	**158**	84	73	**157**	107	99	**206**	[illegible]

b Monaten und Todesursachen.

uli		August			Septemb.			Oktober			Novemb.			Dezember			Zusammen			Davon in Anstalten		
r.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w	zus.	m.	w.	zus.	m.	w	zus.	m	w.	zus.	m.	w	zus.	m.	w.	zus.
—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	2	–	2	1	—	1
3	6	1	1	2	3	4	7	3	1	4	3	6	9	4	2	6	37	36	73	12	12	24
—	1	—	1	1	—	–	—	1	—	1	–	—	—	—	—	—	11	5	16	8	2	10
41	106	58	60	118	31	21	52	16	12	28	6	1	7	6	7	13	221	164	385	41	41	82
23	60	37	30	67	2	4	6	2	—	2	1	—	1	2	—	2	77	60	137	4	5	9
3	14	12	16	28	10	13	23	7	3	10	3	4	7	5	4	9	91	67	158	23	26	49
3	11	7	12	19	12	10	22	17	9	26	7	10	17	10	5	15	118	98	216	58	43	101
3	6	4	5	9	3	6	9	2	4	6	3	5	8	7	6	13	38	52	90	29	39	68
11	16	2	3	5	3	2	5	2	3	5	2	7	9	2	7	9	40	55	95	18	30	48
1	1	1	—	1	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	2	2	4	4	8	4	2	6
10	15	11	6	17	3	4	7	6	3	9	8	2	10	8	3	11	83	58	141	41	29	70
4	4	—	3	3	–	5	5	—	8	8	-	4	4	—	7	7	—	69	69	—	37	37
3	5	2	1	3	3	3	6	—	1	1	—	–	–	2	2	4	17	27	44	13	19	32
—	2	2	1	3	—	1	1	—	1	1	—	1	1	1	1	2	9	6	15	7	1	8
—	1	1	—	1	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	7	3	10	—	1	1
[illegible]	570	[illegible]	261	528	219	208	427	191	160	351	185	162	348	188	173	361	2764	2522	5286	966	836	1802
118	257	129	131	260	68	68	136	51	34	85	39	35	74	55	39	94	861	716	1577	153	139	292
141	301	152	149	301	84	85	169	67	40	107	48	45	93	66	52	118	1109	961	2070	226	205	431

Die Sterbefälle des Jahres 1905 nach Todesursachen und grösseren Stadtte

(Die Sterbefälle sind soweit tunlich den Stadtteilen zugewiesen, in welchen die Erkrankung er

Ord.-Nr.	Todesursachen	Stadtteile																	
		Altstadt	Neustadt			Aussenstadt						Alt-Bornheim	Sachsh.		Bockenheim	Niederrad	Oberrad	Seckbach	Nach auswärts [illegible]
			westl.	nördl.	östliche	süd-westl.	westl.	nord-westl.	nördl.	nord-östliche	östliche		innere	äussere					
1	Angeborene Lebensschwäche	31	3	7	19	28	2	3	22	43	11	16	21	18	26	9	12	2	1
2	Altersschwäche	14	4	6	14	8	3	4	24	20	9	8	13	21	14	1	4	4	[illegible]
4	Selbstmord	4	2	1	8	11	1	4	7	10	5	2	5	13	10	1	3	1	1[illegible]
3	Mord	2	—	—	—	2	–	—	1	1	—	—	1	2	1	—	—	—	[illegible]
5	Unglücksfall	10	2	—	3	8	1	5	6	10	1	3	5	10	6	4	2	3	1[illegible]
	Infektions und allgem. Krankheiten																		
6	Variola, Blattern	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
6a	Influenza	4	—	1	5	4	1	3	14	7	3	4	2	4	3	—	5	2	1
7	Morbilli, Masern . .	12	1	1	1	8	—	1	1	8	2	10	4	6	7	17	12	—	—
8	Scarlatina, Scharlach . .	3	3	—	1	2	—	—	2	—	—	4	1	1	2	—	—	—	—
9	Diphtheria, Diphtherie . .	1	—	1	2	3	—	—	2	4	—	—	2	4	2	7	—	—	—
10	Pertussis, Keuchhusten .	2	—	—	1	8	—	1	2	8	—	3	—	—	9	4	—	2	—
11	Typhus, Nervenfieber . .	—	1	—	—	1	—	1	—	1	1	—	1	1	—	—	—	—	4
12	Dysenteria, Ruhr	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
13	Cholera asiat., asiat. Cholera	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
14	Hydrophobia, Wasserscheu	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
15	Febr. puerp., Wochenbettfieb.	2	—	—	1	1	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	1
16	Erysipelas, Rose . . .	—	—	—	—	1	—	—	4	1	—	1	—	1	1	—	—	—	—
17	Men. cereb.-spin., Genickkr.	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
18	Rheum. acut., Gelenkrheum.	—	—	1	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
19	Tuberculosis miliaris acuta, galopp. Schwindsucht .	13	1	1	2	6	—	2	7	12	1	4	3	1	3	—	2	1	—
20	Diabetes mellit., Zuckerruhr	4	7	1	1	5	2	4	6	10	5	—	2	4	7	1	—	—	7
21	Sonst. allgem. Krankheiten	14	1	2	4	8	—	3	11	21	7	9	6	9	5	3	—	2	10
	Lokalis. Krankheiten																		
22	Men. tubercul., tuberkulöse Hirnhautentzündung . .	7	—	3	3	1	1		1	12	2	2	5	3	3	—	—	—	1
23	Apoplexia cerebri sanguin. Hirnschlag	12	5	8	16	14	8	19	32	24	20	8	4	19	18	3	10	—	9
24	Eclampsia, Krämpfe . .	17	1	3	6	30	—	—	9	33	6	12	8	9	28	19	2	—	2
25	Eclampsia parturientium Krampf d. Wöchnerinnen	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	2	—	—	—	1
26	Sonst. Krankheit. d. Gehirns	8	3	5	6	16	5	8	16	20	1	5	3	12	18	4	4	2	9
27	Krankheit. d. Rückenmarks	1	—	—		1	—	—	2	—	1	—	—	1	1	—	1	—	—
28	„ d. Herzens u. d. Gefässe	54	23	14	34	43	17	42	57	61	30	26	21	52	58	19	18	3	26
29	Bronchitis acuta, akute Luftröhrenast-entzünd.	12	3	1	4	13	—	—	6	15	1	5	13	10	9	13	4	—	2
30	Bronchitis chron., chron. Luftröhrenästeentzünd.	3		—	1	2	2	1	8	3		5	4	8	3	1	1	—	—

Todesursachen	Stadtteile																		Nach auswärts gehörig	Mit unb. Wohn.	Zusammen
	Altstadt	Neustadt			Aussenstadt						Alt-Bornheim	Sachsh.		Bockenheim	Niederrad	Oberrad	Seckbach			
		westl.	nördl.	östliche	süd-westl.	westl.	nord-westl.	nördl.	nord-östliche	östliche		inneres	äusser.							
…umonia, Lungenentzd.	75	7	9	38	37	5	13	30	74	19	39	33	36	37	23	17	4	13	3	**512**
…hisis pulm., Lungenschwindsucht	84	12	14	32	65	5	11	52	89	33	36	41	66	57	22	27	4	26	21	**697**
…yngismus strid., Kehlkopfkrampf	6	—	3	2	8	1	—	3	8	—	11	4	4	7	4	1	—	-	—	**62**
…gina membranac., Krupp	—	—	—	—	—	—	—	—		—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	**2**
…stige Lungenkrankheit.	5	—	2	1	8	-	5	6	11	4	2	3	1	11	7	3	—	3	1	**73**
…ankheiten d. Rippenfells	1	—	—	2	3	—	—	2	2	—	-	—	1	4		—	-	1	—	**16**
…tarrhus gastro-intestinal. Magendarmkatarrh	39	4	5	13	39	—	3	17	58	13	43	29	32	10	32	12	2	4	—	**385**
…olera nostras, Brechruhr	14	1	—	5	15	1	1	6	21	2	22	5	4	21	6	12	—	1	-	**137**
…rophia, Ernährungszehrfieber	19	-	1	3	18	—	—	7	25	2	18	6	6	15	22	14	—	2	-	**158**
…stige Krankheiten des Verdauungskanals	12	6	7	7	11	5	10	24	20	18	12	4	17	22	5	6	2	26	2	**216**
…ankheit. des Bauchfells	11	5	2	4	7	4	7	9	12	3	4	3	4	-	1	—	—	11	—	**50**
„ der Leber	13	1	—	5	12	2	6	11	13	4	1	1	5	6	3	1	1	7	—	**95**
„ d. Milz u. Pankreas	2	-	—	1	1	—	—	1	-	1			-	—	1	—	—	1		**8**
„ der Harnwerkzeuge	9	8	5	12	7	5	5	22	14	10	9	2	15	5	3	1	—	4	2	**141**
„ d. Geschlechtswerkzg.	9	4	2	2	9	—	3	9	11	5	2	2	4	3	1	—	—	3		**69**
„ d. Bewegungswerkzg.	4	—	—	1	3	—	2	2	7	3	3	1	2	5	—	2	1	8	—	**44**
„ der Haut	2	—	1	—	—	—	-	2	2	1	2	1	2	1	1	—	-			**15**
…d aus unbek. Ursache	1	—	—	—	2	—	—	—	—	2	2	2	—	—	1	—	—	—	—	**10**
Zusammen	538	108	107	260	469	71	169	445	692	226	333	264	404	170	241	181	36	218	54	**5286**

Die Sterblichkeit der Kinder von unter 15 Jahren nach Alter, Legitimität und Gebürtigkeit.

Altersklassen.	eheliche			uneheliche			Ueberhaupt			Davon hier geboren		
	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m	w	zus	m.	w.	zus.
0—1	642	501	**1143**	219	215	**434**	861	716	**1577**	804	670	**1474**
1—2	152	141	**293**	13	13	**26**	165	154	**319**	155	146	**301**
2—3	34	44	**78**	5	2	**7**	39	46	**85**	34	36	**70**
3—4	23	23	**46**	3	1	**4**	26	24	**50**	21	22	**43**
4—5	16	18	**34**	2	3	**5**	18	21	**39**	15	16	**31**
5—6	15	9	**24**	1	—	**1**	16	9	**25**	16	6	**22**
6—7	13	10	**23**	—	—	—	13	10	**23**	11	9	**20**
7—8	4	7	**11**	—	—	—	4	7	**11**	4	6	**10**
8—9	7	8	**15**	—	1	**1**	7	9	**16**	6	6	**12**
9—10	5	1	**6**	—	—		5	1	**6**	5	1	**6**
10—11	3	7	**10**	—	1	**1**	3	8	**11**	1	8	**9**
11—12	3	7	**10**	2	—	**2**	5	7	**12**	4	6	**10**
12—13	3	5	**8**	—	—	—	3	5	**8**	1	4	**5**
13—14	3	2	**5**	—	—	—	3	2	**5**	3	2	**5**
14—15	3	2	**5**	—	—	—	3	2	**5**	1	2	**3**
Zusammen	926	785	**1711**	245	236	**481**	1171	1021	**2192**	1081	940	**2021**

Die Sterblichkeit der Kinder im ersten Lebensjahre in den einzelnen Monaten des Jahres 1905. Nach Todesursachen und Geschlecht.

Ordnungs-Nr.	Todesursachen	Es starben im Monat: Januar		Februar		März		April		Mai		Juni		Juli		August		September		Oktober		November		Dezember		Ueberhaupt		
		m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	zus.
1	Lebensschwäche	17	19	13	13	10	12	15	9	12	13	10	3	6	13	10	12	12	16	13	6	12	7	9	12	139	135	[illegible]
2	Masern	—	—	1	—	3	1	—	2	4	4	2	3	3	3	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	14	15	[illegible]
3	Scharlach	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	2	[illegible]
4	Diphtherie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	1	[illegible]
5	Keuchhusten	—	1	1		1	—	—	—	1	6	3	1	—	1	1	2	—	1	—	—	—	2	3	1	10	15	[illegible]
6	Tuberkulose Hirnhautentzündung	—	1	1	—	1	2	—		—	1	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	2	—	4	6	[illegible]
7	Krämpfe	10	5	8	5	10	4	4	5	8	9	5	7	13	13	4	4	3	1	2	1	4	8	8	2	79	64	[illegible]
8	Luftrohrenästeentz.	4	4	6	2	3	1	4	4	2	2	2	1	3	2	2	2	2	2		2	—	2	2	1	30	25	[illegible]
9	Lungenentzündung	6	6	8	10	13	8	10	4	8	12	11	4	5	11	3	3	8	2	1	1	6	3	8	7	86	71	[illegible]
10	Lungenschwindsucht	—	—	2	1	—	—	—	—	2	2	2	1	2	1	2	—	—	—	1	1	—	1	2	—	13	7	[illegible]
11	Stimmritzenkrampf	5	2	5	2	1	2	3	—	7	1	2	—	2	4	1	—	—	1	1	2	2	1	4	2	33	17	[illegible]
12	Krupp	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
13	Magendarmkatarrh	7	2	3	2	1	4	6	6	6	4	11	2	62	41	55	56	29	21	14	12	6	1	5	6	208	157	[illegible]
14	Brechdurchfall	—	—	—	—	1		2	—	2	2	1	1	23	22	35	28	2	4	2	—	1	—	8	—	74	57	[illegible]
15	Ernährungsstörungen, Zehrfieber	10	3	5	2	9	6	5	3	5	4	9	7	11	3	11	15	9	13	7	3	3	4	5	3	89	65	[illegible]
16	Angeborene Syphilis	—	—	1	1	3	1	—	3	—	3	—	—	3	1	1	—	2	2	1	—	—	1	1	—	12	12	[illegible]
17	Sonst. Krankheiten	9	12	9	7	4	7	5	6	12	2	8	6	8	3	9	7	4	3	7	6	4	5	4	4	69	67	[illegible]
	Zusammen	67	55	63	46	63	47	54	42	69	65	66	36	140	119	129	131	71	68	49	34	38	35	55	39	861	716	157

…e Sterblichkeit der Kinder von unter 1 Jahr im Jahre 1905 nach Todesursachen, Geschlecht, erreichtem Lebensalter und Legitimität.

…desursachen	In der ersten Lebenswoche und zwar am							In der				Im ersten Lebensjahre und zwar im												
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	1.	2.	3.	4.	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	zus.
	Lebenstage							Lebenswoche				Lebensmonat												
…nsschwäche	111	29	11	7	4	8	5	175	34	40	16	265	7	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	274
…sern	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	6	3	3	4	7	5	29
…arlach	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	2
…htherie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	2
…uchhusten	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	2	4	1	1	2	1	2	2	2	4	45
…berk. Hirnhautentz.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	2	3	—	2	1	10
…ämpfe	2	3	—	1	—	1	—	7	3	7	4	21	11	17	16	8	11	11	12	9	9	11	7	143
…ftröhrenästeentz.	1	—	—	—	—	—	—	1	—	3	—	4	10	5	2	7	5	8	4	4	1	4	1	55
…ngenentzündung	—	—	1	—	—	—	—	1	3	3	—	7	4	7	9	13	17	15	15	25	19	13	13	157
…ngenschwindsucht	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	3	1	1	2	2	2	2	4	2	20
…immritzenkrampf	—	1	—	—	—	—	—	1	—	1	—	2	2	3	4	8	9	6	1	6	3	5	1	50
…upp	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
…gendarmkatarrh	—	—	1	—	1	1	1	4	4	12	11	31	53	56	61	42	23	26	16	27	13	7	10	365
…echdurchfall	—	—	—	—	—	—	—	—	1	5	6	12	13	25	13	17	9	7	16	3	4	6	6	131
…nährungszehrfieber	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	39	28	33	17	12	8	3	3	3	4	4	154
…geborene Syphilis	—	—	—	—	1	—	—	1	3	—	2	7	4	6	3	1	—	3	—	—	—	—	—	24
…nstige Krankheiten	4	6	—	1	2	—	1	14	6	2	5	27	12	11	15	14	10	5	15	3	9	9	6	136
Zusammen	118	39	13	9	8	10	7	204	54	73	44	376	159	163	163	130	99	100	90	91	71	74	61	1577
…von waren unehelich	28	13	2	6	1	3	3	56	13	27	16	113	73	54	49	33	25	28	17	14	10	9	9	602

Die Wanderbewegung umfasst nach den polizeilichen Meldungen 73 866 anziehende und 66 345 abziehende Personen (gegen 76 216 bezw. 69 443 in 1904).

Das Verhältnis der Eheschliessungen, Geburten und Todesfälle zu der Bevölkerungsziffer zeigt die folgende Uebersicht:

Lebend- und Totgeborene nach Geschlecht und Legitimität für die einzelnen Monate des Jahres 1905.

Monate	Eheliche						Uneheliche						Lebendgeborene		Totgeb.		Gesamtzahl		
	Lebendgeborene		Totgeb.		Zusammen		Lebendgebor		Totgeb.		Zusammen								
	m.	w.	m.	w.	m	w.	m.	w.	m	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	Zus.
Januar	348	316	16	6	364	322	58	55	2	4	60	59	406	371	18	10	424	381	805
Februar	320	313	10	4	330	317	39	49	5	2	44	51	359	362	15	6	374	368	742
März	386	331	11	8	397	339	50	70	3	1	53	71	436	401	14	9	450	410	860
April	325	324	12	8	337	332	64	63	1	2	65	65	389	387	13	10	402	397	799
Mai	355	346	10	12	365	358	43	54	4	5	47	59	398	400	14	17	412	417	829
Juni	356	328	8	9	364	337	55	40	1	2	56	42	411	368	9	11	420	379	799
Juli	319	336	8	10	327	346	58	42	5	3	63	45	377	378	13	13	390	391	781
August	324	298	10	5	334	303	65	42	3	2	68	44	389	340	13	7	402	347	749
September	326	297	18	15	344	312	68	51	2	2	70	53	394	348	20	17	414	365	779
Oktober	320	319	12	6	332	325	52	48	2	1	54	49	372	367	14	7	386	374	760
November	327	321	9	6	336	327	60	42	5	5	62	47	387	363	11	11	398	374	772
Dezember	311	318	14	12	325	330	44	58	2	2	49	60	355	376	19	14	374	390	764
Zusammen:	4017	3847	138	101	4155	3948	656	614	35	31	691	645	4673	4461	173	132	4864	4593	9457
	7864		239		8103		1270		66		1336		9134		305				

Bemerkungen: Die Anerkennung der Vaterschaft unehelicher Kinder fand statt in 164 Fällen (bei 92 Knaben und 72 Mädchen).

Zwillingspaare wurden 107 geboren (27 nur Knaben, 44 nur Mädchen und 36 Knaben und Mädchen), zusammen 90 Knaben und 124 Mädchen, ausserdem 1 Drillingsgeburt (nur Knaben). Nach des Vaters Tode wurden 24 Kinder geboren (11 Knaben 13 Mädchen).

Die in den einzelnen Monaten des Jahres 1905 Verstorbenen nach Altersgruppen und Zivilstand.

Monate	Von den Verstorbenen standen im Alter von Jahren													Ueberhaupt	Davon waren			
	0—1	1—5	5—10	10—15	15—20	20—30	30—40	40—50	50—60	60—70	70—80	80—90	über 90		ledig	verheirat.	verwitwet	geschied
Januar	122	34	12	5	6	37	41	27	48	83	50	28	1	**494**	245	159	90	—
Februar	103	47	4	3	12	28	25	31	45	51	33	20	1	**403**	219	108	72	4
März	111	47	8	1	11	33	29	31	49	57	46	16	3	**442**	236	128	78	—
April	99	58	7	2	12	36	31	37	65	56	37	13	—	**453**	239	129	83	2
Mai	133	73	1	1	7	35	36	40	48	64	37	14	—	**495**	279	150	66	—
Juni	103	51	10	7	11	31	31	34	45	59	24	12	1	**419**	244	110	65	—
Juli	257	44	7	3	7	37	33	32	51	48	29	21	1	**570**	380	118	71	1
August	260	41	6	2	6	30	25	20	46	48	32	8	4	**528**	365	111	51	1
September	136	33	5	7	15	31	32	25	58	36	37	6	1	**422**	256	109	56	1
Oktober	85	22	3	3	6	27	35	25	45	64	25	9	2	**351**	172	121	53	5
November	74	19	4	1	5	34	35	36	45	49	24	21	1	**348**	175	107	64	2
Dezember	94	24	8	6	9	30	31	31	40	39	36	11	2	**361**	188	114	57	2
Zusammen:	1577	493	81	41	107	389	384	369	585	654	410	179	17	**5286**	2998	1464	806	18
Davon hier geb.	1474	445	70	32	60	124	73	64	100	141	101	60	5	**2749**	2264	288	194	3

Oeffentliche Gesundheitspflege.

Mitteilungen des Stadtarztes Sanitätsrat Dr. Koenig.

In der dienstlichen Stellung des Stadtarztes fand im Berichtsjahre keine Aenderung statt.

Es wurden an weiblichen Angestellten im Berichtsjahre von einer besonderen Aerztin 141 Untersuchungen vorgenommen.

Dieselben betrafen:

1. Untersuchung von Lehrerinnen		76
betr. a) Anstellung	58	
b) Beurlaubung	18	
2. Untersuchung von Krankenschwestern behufs Aufnahme in den Verband, die Lebensversicherung, usw.		44
3. Untersuchung sonstiger weiblicher Angestellter		13
4. Untersuchung weiblicher Angestellter betr. Aufnahme in die Sterbekasse		8
		141

Durch den Stadtarzt wurden folgende amtliche Verrichtungen ausgeführt:

1. Untersuchung und Begutachtung von Beamten . . .		275
betr. a) Anstellung	233	
b) Beurlaubung	23	
c) Pensionierung	19	
2. Untersuchung und Begutachtung von Arbeitern . .		604
betr. a) Anstellung	402	
b) Arbeitsfähigkeit nach Unfallverletzung (Unfallversicherung)	182	
c) Pensionierung	20	
3. Untersuchung und Begutachtung von Lehrern . . .		175
betr. a) Anstellung	95	
b) Beurlaubung	73	
c) Pensionierung	7	
4. Untersuchung und Begutachtung von Schulkindern		53
betr. a) Aufnahme und Schulfähigkeit	23	
b) Dispensierung vom Unterricht	22	
c) Vorzeitige Entlassung	8	
5. Untersuchung und Begutachtung von städtischen Alumnen		82
betr. a) Erwerbsfähigkeit	8	
b) Einweisung in Anstalten oder Badeorte	37	
c) Notwendigkeit der Beschaffung grösserer Bandagen und sonstiges	37	
6. a) Besichtigung und Begutachtung in sanitärer Beziehung, aus baupolizeilichen Gründen, wegen Konzessionserteilung und ähnliches		53
b) Begutachtung von Bauplänen von Schulen und ähnliches		38
7. Rechnungsprüfungen		8
8. Allgemeine Geschäftssachen		360
9. Untersuchungen von städtischen Angestellten und Attestierung betr. Aufnahme in die Sterbekasse . .		3
10. Gutachten in verschiedenen Angelegenheiten und sonstiges		104
		1 755

Es fanden 2 Sitzungen der städtischen Gesundheitskommission statt, in welchen u. a. über die Errichtung einer Milchküche beraten und eine Revision der Polizeiverordnung vom 6. Mai 1884 betr. Anforderungen an Gast- und Schankwirtschaften beraten wurde.

Hinsichtlich der Milchküche wurde beschlossen, dem Magistrat zu empfehlen, dieselbe in Verbindung mit den Erweiterungsbauten des städtischen Krankenhauses herzustellen und Verteilungsstellen an verschiedenen Punkten der Stadt zu errichten, die von der Zentrale aus mit Milch versehen werden sollen. (Die Errichtung wird voraussichtlich 1908 erfolgen.)

Betr. der Gastzimmer hält die Gesundheitskommission die bestehenden polizeilichen Vorschriften nicht für ausreichend (ein Zimmer von mindestens 25 qm Bodenfläche und 2,80 m lichter Höhe) und beschliesst, das Kgl. Polizeipräsidium durch den Magistrat um Verschärfung der Bestimmungen zu ersuchen. (Eine Aenderung ist bisher nicht erfolgt.)

In ungewönlich hohem Grade wurden im Berichtsjahre die Leistungen der Wasserversorgung beansprucht, so dass in der heissesten Jahreszeit die Gesamtabgabe pro Kopf und Tag mit 283 Litern ihr Maximum erreichte. Die Abgabe erfolgt ausser in Bockenheim, Seckbach, Oberrad und Niederrad, wo Wassermesser sich befinden, in unbeschränkter Menge gegen eine Gebühr von 4 Proz. der Wohnungsmiete. In der gleichen Zeit, als mit 278 Litern pro Tag und Kopf die Leistungsfähigkeit der Wasserwerke erreicht war und deshalb vorübergehende Absperrungen vorgenommen werden mussten, betrug der tägliche Verbrauch in Bockenheim nach Ausweis der Messer nur 121 Liter.

Ueber die Zunahme des Wasserverbrauchs gibt die folgende Tabelle Auskunft.

Jahr	Trinkwasserzuleitung in Litern	Flusswasserzuleitung in Litern	Mittlere Bevölkerung	Wasserverbrauch pro Tag und Jahr						Jährl. Zunnahme Proz.	
				Trinkwasser			Flusswasser				
				Höchst.	Mittlere	Niedrig.	Höchst.	Mittlere	Niedrig.	Wasserverbrauch	Bevölkerung
1881	6080077	141869	139000	—	123	—	—	3	—	—	—
1885	6039125	247927	153200	—	113	—	—	4	—	— 7,2	+ 3,0
1890	7389371	942231	180000	154	113	73	30	14	5	+ 2,9	+ 4,1
1895	10652919	1542319	208000	192	140	96	40	20	5	+ 12,2	+ 2,45
1896	10442384	1553785	213000	185	134	88	41	20	4	— 0,98	+ 2,4
1897	11380204	1661988	221200	196	141	95	38	21	2	+ 8,7	+ 3,8
1898	12171225	1726723	228300	206	146	100	37	21	7	+ 6,6	+ 3,2
1899	13148632	1615698	235400	209	153	100	38	19	4,5	+ 6,2	+ 3,1
1900	14315192	1567452	242400	238	162	108	38	18	4	+ 7,6	+ 2,97
1901	16135405	1614068	249500	217	177	117	44	18	4,4	+ 11.8	+ 2,93
1902	14764085	1708058	253100	226	160	107	52	18	3	— 0,72	+ 1,42
1903	15287307	1999820	259800	219	161	104	55	21	1,4	+ 4,9	+ 2,6
1904	15612582	1913562	267450	220	160	107	53	20	3,2	+ 1,4	+ 2,9
1905	16382090	2051306	278500	227	161	108	56	20	5	+ 4,92	+ 3,96

Was die Wohnungsverhältnisse und die Bautätigkeit anlangt, so ist nach amtlichem Berichte des Magistrats ein Rück-

gang gegen die im Vorjahre erhebliche Steigerung zu verzeichnen, so dass keine anormalen Verhältnisse bestehen dürften. Die nachstehende Tabelle zeigt die Entwicklung der Bautätigkeit seit 1899.

Baujahr	Bauzone	Zahl der fertiggestellten Wohngebäude							Zahl der als benutzbar erklärten Wohnungen								Auf ein Gebäude treffen durchschnittlich Wohnungen
		insgesamt	Darunter Hinterhäuser	davon mit höchstens 1 Obergeschossen	2	3	4	Die Wohnhäuser mit 4 Obergeschossen betragen in %	insgesamt	davon mit 1 heizbaren Zimmern	2	3	4	5	6 und mehr	Prozentanteil der kleinen Wohnung. bis zu 3 Zimmer an der Gesamtzahl	
1899/00	—	253	3	29	51	157	13	5,1	1057	6	111	512	206	104	118	59 5	4,18
1900/01	—	413	24	52	78	278	5	1,2	1922	35	453	798	311	162	163	66,9	4.65
1901/02	—	425	33	50	100	269	4	0,9	1978	33	562	823	250	134	176	71,7	4,65
1902/03	-	741	50	160	180	386	15	2 0	3687	104	1524	1146	500	202	211	75 2	4,98
1903,04	—	623	35	137	123	352	11	1,8	2923	79	1113	738	367	348	278	66,0	4,69
1904/05	—	719	54	162	146	405	6	0.8	3598	143	1325	1171	451	225	283	75,3	5.00
1905/06	—	635	49	108	155	359	13	2,0	3294	111	1380	1035	471	116	181	76,7	5,19

Die Bilanz des Wohnungsmarktes weist für das Berichtsjahr 24 858 bezogene und 22 719 verlassene Wohnungen nach. Der Mehrbedarf (2139) ist durch die Bautätigkeit, welche einen Nettozugang von 2745 Wohnungen (3294 neue Wohnungen weniger, 549 durch Abbruch verschwundene) ergeben hat, genügend gedeckt. Die Zahl der leerstehenden Wohnungen ist in Uebereinstimmung damit von 2885 auf 3134 gestiegen.

Infolge gemeinnütziger oder genossenschaftlicher Bautätigkeit wurden im Berichtsjahre erstellt: von der Aktienbaugesellschaft für kleine Wohnungen in 15 Häusern an der Gellertstrasse (darunter das Witwerheim) 79 Wohnungen (wovon 47 ohne Küche, 60 Drei- und eine Fünfzimmerwohnung); vom Volks-Bau- und Sparverein an der Böttgerstrasse in 4 Häusern 28 Zweizimmerwohnungen. Bezüglich Herstellung billiger Beamtenwohnungen ist zu erwähnen, dass die Kgl. Eisenbahnverwaltung im Bahnhofsviertel 64 Wohnungen (32 Zweizimmer- und 32 Dreizimmerwohnungen) errichtet hat.

Im Armenwesen wurden während des Berichtsjahres organisatorische Aenderungen nicht vorgenommen. Ueber die Tätigkeit der Armenärzte und die durch Krankheit der Alumnen entstandenen Kosten geben die folgenden 2 Tabellen Auskunft.

Allgemeine Uebersicht der Tätigkeit der Armenärzte im Rechnungsjahre 1905.

Armendistrikt	Zahl der behandelten Kranken	Zahl der: Besuche im Hause des Kranken	Zahl der: Konsultat. im Hause des Kranken	Zahl der: Besuche u. Konsultat. zusamm. (4 K ns. = 1 Besuch)	Ausgaben für: Arzneien M. Pf.	Ausgaben für: Bandagen, chirurg. Behandlung etc. M. Pf.	Ausgaben für: Zusammen M. Pf.	Ausgaben pro Kopf der Behandelten: für ärztliche Behandlung M. Pf.	Ausgaben pro Kopf der Behandelten: für Arzneien M. Pf.	Ausgaben pro Kopf der Behandelten: für Bandagen, chirurg. Behandlung etc. M. Pf.	Ausgaben pro Kopf der Behandelten: Zusammen M. Pf.
1 a	242	447	593	645	227 54	39 15	266 69	2 11	94	— 17	3 22
1 b	120	215	323	333	320 91	28 75	349 69	4 95	2 67	— 24	7 86
2 a	232	423	512	594	218 64	55 30	273 94	2 11	— 94	21	3 29
2 b	246	396	679	622	307 16	73 12	380 28	4 07	1 25	— 30	5 62
3 a	208	139	281	233	205 19	36 —	241 19	3 21	99	— 17	4 37
3 b	198	447	252	531	216 17	44 15	260 32	2 02	1 09	— 22	4 23
4	91	98	597	297	104 88	25	129 88	6 50	1 15	27	7 92
6	140	302	289	398	86 26	81 38	167 64	2 92	62	— 58	4 12
7 a	100	162	291	259	89 37	43 50	132 87	5 55	89	— 43	6 87
7 b	104	46	154	97	86 16	47 —	133 16	3 21	— 83	— 45	4 49
8	83	112	211	182	58 30	52 14	110 44	5 55	70	63	6 88
9	82	78	214	149	229 54	70 40	299 94	4 95	2 80	86	8 61
10 11	63	141	301	241	76 62	29 38	106	6 50	1 22	47	8 19
12	83	171	241	251	158 28	60 55	218 83	4 03	1 91	73	6 67
13	54	124	111	162	27 82	23 45	51 27	4 03	— 52	— 43	4 98
14	78	134	218	207	115 19	54 06	169 25	5 55	1 18	— 55	7 28
15	55	102	162	157	125 24	51 —	176 24	3 14	2 28	— 93	6 35
16	253	495	442	642	175 48	96 93	272 41	3 14	67	— 37	4 18
21 a	111	215	288	241	219 78	61 —	280 78	4 03	1 98	— 55	6 56
21 b	92	264	355	382	214 48	84 53	299 01	4 31	2 33	92	7 56
22 a	140	267	356	382	215 54	85 76	301 30	4 31	1 51	61	6 46
22 b	199	491	487	654	1106 67	65 —	1171 67	3 27	5 56	33	9 16
23 a	83	297	357	416	336 95	64 —	400 95	4 65	4 06	77	9 48
23 b	75	251	372	375	238 40	46 50	284 90	4 65	3 18	62	8 45
23 c	57	258	237	337	274 43	37 20	311 63	4 65	4 81	65	10 11
24	107	459	433	603	586 05	44 10	630 15	3 27	5 48	— 41	9 16
25	80	251	302	252	77 80	36 15	113 95	5 55	97	45	6 97
27 a	104	221	210	291	888 77	39 —	927 77	3 89	8 55	37	12 81
27 b	53	111	115	149	658 34	44 63	702 97	3 89	12 42	84	17 15
28	100	259	188	222	604 04	44 74	648 78	3 89	6 04	— 45	10 38
30	85	66	189	129	149 74	40 25	189 99	6 50	1 76	47	8 73
31 a	72	60	194	125	142 64	53 45	196 09	7 14	1 98	74	9 86
31 b	68	80	114	118	74 51	65 —	139 51	7 14	1 10	— 96	9 20
32 a	45	55	112	92	393 59	27	420 59	6 50	8 75	60	15 85
32 b	24	25	181	85	261 55	32 15	293 70	6 50	10 90	1 34	18 74
33	126	269	283	363	178 18	76 99	255 17	7 91	1 41	64	9 96
34	59	81	62	102	43 57	64 —	107 57	8 13	74	1 08	10 95
35 a	57	124	179	184	42 78	41 —	83 78	4 61	75	72	6 08
35 b	64	63	87	92	75 68	39 —	114 68	8 13	1 18	— 61	9 92
36	160	277	455	429	159 06	31 56	190 62	1 61	99	20	3 80
37	71	315	131	349	142 70	30 07	172 77	11 09	2 01	42	13 52
38	89	302	99	335	77 79	49 08	126 87	8 43	87	— 55	9 85
39	10	42	74	67	50 06	— —	50 06	50 —	5 01	— —	55 01
Sa	4593	9135	11736	12844	10041 88	2113 42	12155 30	4 19	2 19	46	6 84

Uebersicht der Kranken nach den Bezirken,

Armenbezirk	Armenarzt	Zusammen	Geschlecht		Alter						
			M.	W.	0 bis 1	1 bis 5	5 bis 15	15 bis 20	20 bis 40	40 bis 60	über 60
1 a	Dr. Gotthold	242	93	149	10	31	35	1	57	70	38
1 b	„ Zimmern	120	50	70	6	8	8	6	32	34	26
2 a	„ Gotthold	232	101	131	14	27	24	3	51	66	47
2 b	„ Weyrauch	246	90	156	13	33	45	1	49	61	44
3 a	„ Hainebach	208	108	100	15	30	18	1	57	66	21
3 b	„ Weydt	198	88	110	7	16	29	2	57	56	31
4	„ Marx	91	26	65	—	5	5	—	20	32	29
6	„ Weydt	140	69	71	4	9	20	2	33	38	34
7 a	„ Katzenstein	100	35	65	3	8	7	4	30	31	17
7 b	„ Hainebach	104	34	70	3	9	14	1	35	25	17
8	„ Küppers	83	35	48	1	6	8	2	28	25	13
9	„ Zimmern	82	23	59	3	3	3	2	30	24	17
10/11	„ Marx	63	14	49	1	1	3	2	11	25	20
12	„ Gross	83	29	54	5	6	6	2	18	28	18
13	„ Gross	54	17	37	2	4	1	4	18	16	9
14	„ Küppers	98	36	62	2	9	13	6	32	21	15
15 }	„ Lejeune	{ 55	25	30	3	3	6	1	17	17	8
16 }	(Hengsberger)	{ 263	115	148	23	35	44	7	71	56	27
21 a	„ Gross	111	34	77	4	12	1	1	32	33	28
21 b	„ Krug	92	36	56	6	8	17	1	22	18	20
22 a	„ Krug	140	49	91	8	19	24	2	30	38	19
22 b	„ Koempel	199	60	139	14	18	39	—	43	48	37
23 a	„ Streitke	83	29	54	5	5	3	—	31	21	18
23 b	„ Streitke	75	47	28	7	4	3	3	14	26	18
23 c	„ Streitke	57	16	41	3	3	3	—	13	22	13
24	„ Koempel	107	67	40	6	16	20	2	22	25	16
25	„ Katzenstein	80	28	52	5	4	9	—	16	25	21
27 a }	„ Thiergardt	{ 104	36	68	7	21	21	2	16	22	15
27 b }		{ 53	14	39	4	5	8	—	10	14	12
28	„ Thiergardt	100	33	67	7	23	19	—	19	18	14
30	„ Tassius	85	28	57	5	16	9	—	27	12	16
31 a	„ Heimann	72	31	41	7	13	9	—	17	20	6
31 b	„ Heimann	68	27	41	7	8	6	1	18	13	15
32 a	„ Tassius	45	18	27	2	2	2	—	6	26	7
32 b	„ Tassius	24	7	17	1	6	5	1	5	3	3
33	„ Seckbach	126	36	90	5	11	18	2	28	32	30
34	„ Löwenthal	59	31	28	11	2	15	—	12	9	10
35 a	„ Debold	57	18	39	4	11	7	1	9	10	15
35 b	„ Löwenthal	64	27	37	8	9	10	—	13	16	8
36	„ Debold	160	68	92	20	21	28	1	30	37	23
37	„ Gottfried (Prange)	71	25	46	4	15	15	—	11	12	13
38	„ Einsiedel	89	27	62	6	12	13	3	19	20	16
39	„ Weilhammer	10	3	7	—	2	—	—	—	2	6
		4593	1793	2800	272	509	593	67	1109	1213	830

nach Geschlecht, Alter, Zugang und Ausgang.

Zugang		Ausgang							Ohne nähere Angaben
von 1904	neu	geheilt	ungeheilt	verzogen	in ein Hospital	gestorben	nicht behand	verbleiben	
16	226	119	15	3	58	5	20	22	—
19	101	45	1	6	35	2	7	24	—
15	217	104	13	12	66	11	14	12	—
32	214	129	17	16	36	3	15	30	—
7	201	34	37	2	93	7	26	9	—
9	189	65	17	2	62	1	41	10	—
25	66	22	—	9	12	1	5	42	—
12	128	27	12	11	44	—	41	5	—
13	87	42	5	1	30	5	4	13	—
4	100	22	28	—	31	3	20	—	—
1	82	39	6	1	23	1	6	7	—
17	65	21	5	4	21	—	4	27	—
35	28	17	2	7	9	1	2	25	—
5	78	23	20	—	18	1	14	7	—
—	54	7	13	1	16	—	13	4	—
3	95	32	11	3	28	—	16	8	—
—	55	23	7	—	10	—	12	8	—
4	259	114	27	—	56	2	41	23	—
4	107	21	32	3	28	2	10	15	—
14	78	28	10	6	17	5	22	4	—
10	130	48	12	10	32	5	28	5	—
39	160	77	32	4	17	5	7	57	—
6	77	21	10	1	20	3	16	12	—
11	64	13	13	3	14	4	10	18	—
9	48	11	4	2	10	3	12	15	—
25	82	50	6	4	6	3	4	34	—
11	69	38	2	2	16	3	4	15	—
(104)		—	—	—	—	—	—	—	104
—	53	3	2	—	1	2	—	—	45
4	96	34	18	—	5	2	—	—	41
9	76	45	23	—	17	—	—	—	—
5	67	17	8	1	27	—	17	2	—
6	62	30	2	—	27	—	7	2	—
2	43	17	19	1	8	—	—	—	—
2	22	8	10	—	2	3	1	—	—
11	115	47	9	1	39	3	16	11	—
—	59	19	7	2	23	5	2	1	—
—	57	34	4	—	9	2	6	2	—
—	64	31	6	4	13	2	6	2	—
1	159	113	3	—	22	3	18	1	—
1	70	32	5	1	21	2	7	3	—
									—
3	86	19	14	1	48	4	—	3	—
9	1	3	6	—	1	—	—	—	—
399	4090	1644	493	124	1071	104	494	473	190
(104)									

Wesentlich gestiegen ist entsprechend der Bevölkerungszunahme die Tätigkeit der Schulärzte, so dass im Berichtsjahre der gewachsenen Schülerzahl entsprechend 5 neue Schulärzte angestellt werden mussten; eine weitere Personalveränderung trat ferner durch das Ausscheiden eines seit dem Bestehen der Institution amtierenden Schularztes ein. Es sind somit zurzeit 22 Schulärzte tätig.

Nach vorstehendem besuchten 1905/06 im ganzen 28 523 Kinder die hiesigen Bürger- und 5318 die Mittelschulen, zusammen also 33 841 Kinder. Davon waren in der Hilfsschule 350 Kinder eingeschult. Aufgenommen wurden in Bürgerschulen 4602 Kinder und in Mittelschulen 938 Kinder. In die Aufnahmeklasse der Hilfsschule traten 64 Kinder ein. 4 Kinder mussten von Schulärzten als für den Schulunterricht körperlich oder geistig noch nicht geeignet zurückgestellt werden.

Auf jeden Schularzt entfallen demnach ca. 1550 Kinder zur Ueberwachung.

Hinsichtlich der allgemeinen Dienstanweisung traten Aenderungen während des Berichtsjahres nicht ein. Zur gleichmässigen Durchführung des Dienstes und um den Schulärzten von den neuen Erlassen, gesetzlichen Bestimmungen (Preuss. Seuchegesetz u. a.) sowie Verordnungen der Schulbehörden Kenntnis zu geben, wurden gemeinsame Sitzungen abgehalten. Jeder Schularzt erhält Abschrift des Protokolls.

Aus dem von den Schulärzten nach Formular eingereichten Jahresbericht ergibt sich, dass bei den neu aufgenommenen Kindern der Mittelschulen 513, bei denen der Bürgerschulen 3091 Erkrankungen nachgewiesen wurden. Ueber die Art derselben geben die nachfolgenden Tabellen Aufschluss.

Bei der Aufnahmeuntersuchung in Mittelschulen festgestellte Krankheiten.

1. Allgemeine Erkrankungen		140
Skrofulose	28	
Rachitis	62	
Anämie	41	
Sonstiges	9	
2. Erkrankungen innerer Organe		132
der Brustorgane	60	
der Bauchorgane (darunter Brüche)	39 (22)	
des Nervensystems	33	
3. Chronische Hautkrankheiten		19
4. Sehstörungen		50
5. Gehörstörungen		24
6. Sprachstörungen (darunter adenoide Wucherungen		84 (60)
7. Wirbelverkrümmung		13
8. Sonstiges		41

Bei der Aufnahmeuntersuchung in Bürgerschulen festgestellte Krankheiten.

1. Allgemeine Erkrankungen		1099
Skrofulose	294	
Rachitis	461	
Anämie	272	
Sonstiges	72	
2. Erkrankung innerer Organe		503
der Brustorgane	282	
der Bauchorgane (darunter Brüche)	155 (110)	
des Nervensystems	66	
3. Chronische Hautkrankheiten		150
4. Sehstörungen		256
5. Gehörstörungen		150
6. Sprachstörungen (darunter adenoide Wucherungen)		580 (464)
7. Wirbelverkrümmungen		143
8. Sonstiges		210

Ueber die allgemeine Körperkonstitution, die Grösse und das Gewicht der neu in die Schule eingetretenen Kinder gibt die Anlage genaue Auskunft für die einzelnen Schulen.

Die Aufnahmeuntersuchungen werden zumeist unter Hinzuziehung der Eltern vorgenommen, die mit richtigem Verständnis für die dem Kinde aus den von ihnen zu machenden Angaben entspringenden Vorteile in der grössten Mehrzahl der Fälle den an sie ergangenen Aufforderungen Folge leisteten.

Auch die späteren, von den Schulärzten an die Eltern gesendeten Mitteilungen über den Gesundheitszustand der Kinder fanden bei der Mehrzahl der Eltern die gehörige Berücksichtigung. Leider aber fehlt noch immer das allgemeine Verständnis für eine gesunde Körperpflege, was namentlich in der verhältnismässig geringen Benutzung der Badegelegenheiten seinen Ausdruck findet. So beteiligten sich an den Brausebädern im Durchschnitt nur 58,4 Proz. sämtlicher Kinder; namentlich bei den älteren Mädchen, die einer besonderen Pflege des Körpers in den Jahren der Entwicklung vornehmlich bedürften, war die Beteiligung eine bedauerlich geringe, ja in einer ersten Klasse mussten die Bäder wegen zu geringer Inanspruchnahme ausfallen.

Etwas besser wurden die Schwimmbäder im Main besucht, und zwar von 74,10 Proz. der Knaben und 66,56 Proz der Mädchen (in den Mittelschulen 74 Proz.). Einer grossen Anzahl gelang es nach erhaltenem Unterricht, sich freizuschwimmen. Zu dem guten Resultat mögen die vor dem Schwimmen an der „Angel" vorgenommenen systematischen Uebungen mit dem

Trockenschwimmapparat beigetragen haben; jedenfalls wird hierdurch ein gut Teil der Unannehmlichkeit des Schwimmbeginns beseitigt.

Der Gesundheitszustand der Kinder war im allgemeinen ein guter, da schwere Epidemien während des Schuljahres nicht auftraten. Von Infektionskrankheiten kamen wie alljährlich Masern, Diphtherie, Scharlach, Mumps und Keuchhusten vor, ohne dass die Zahl oder Schwere der Krankheitsfälle bemerkenswertes boten.

Die Beteiligung an den Turnspielen in den Bürgerschulen war leider auch nur eine geringe, da nur 53,6 Proz. der Knaben und 31 Proz. der Mädchen teilnahmen.

In den Mittelschulen war der Besuch ein besserer, 66 Proz. bei den Knaben und 63 Proz. bei den Mädchen.

Besondere Erwähnung verdienen die in einzelnen Schulen vorgenommenen Ferienwanderungen, d. h. mehrtägige Ausflüge. Bei der Auswahl der in Frage kommenden Kinder betätigten sich die Schulärzte ebenso wie bei der Feststellung der in Badeorte, Ferienkolonien und sonstige Erholungsorte zu sendenden Kinder.

Die von den Schulärzten alle 14 Tage in den Schulen abgehaltenen Sprechstunden waren zahlreich besucht, und erfreulicherweise wurde hier öfters von den Eltern der Rat des Schularztes eingeholt. Aus den Zusammenstellungen ergibt sich, dass die grösste Zahl der für die Schule in Frage kommenden Erkrankungen auf die mittleren Klassen, etwa 6. bis 3. Klasse, also das 8. bis 10. Schuljahr entfällt, in den obersten Klassen bessern sich die Gesundheitsverhältnisse wesentlich.

Die Kurse für Stotterer hatten einen befriedigenden, oft jedoch nur vorübergehenden Erfolg.

Von den Schulärzten wurden Vorträge gehalten bezw. Unterweisungen gegeben über den Wert der Körperpflege (Bäder, Korsetttragen), erste Hilfe bei Unglücksfällen, erste Blutstillung, Alkohol, Tabak, Berufswahl u. a.

Es starben 45 Kinder in den Bürgerschulen, und zwar 21 Knaben und 24 Mädchen. Als Todesursache wurde 5 mal Blinddarmentzündung festgestellt, 5 mal Tuberkulose, 5 mal Lungenentzündung, 4 mal Diphtherie, 3 mal Gehirnhautentzündung, 2 mal Nierenentzündung, 5 mal Unfall, 3 mal Herzschlag, je einmal Blutvergiftung, Leukämie, Herzbeutelentzündung, Brustfellentzündung, Zuckerharnruhr und Epilepsie; in 7 Fällen war die Todesursache unbekannt.

In den Mittelschulen starben 7 Kinder, 1 Knabe (an Scharlach) und 6 Mädchen (2 an Lungenleiden, 2 an Blinddarmentzündung, 1 an Diphtherie und 1 an Hirnhautentzündung).

In den Hilfsschulen wurde der ärztliche Dienst analog den Normalschulen ausgeübt. Die Aufnahme in die Hilfsschulen erfolgt erst nach mindestens 2, nur ausnahmsweise schon nach 1 jährigem fruchtlosen Besuch der Normalschule durch eine, aus dem Stadtarzt, dem Schulinspektor, dem Rektor und dem Schularzt bestehende Kommission auf Grund der von den Schulärzten der betreffenden Schulen gestellten Anträge. Dieselbe Kommission bestimmt auch darüber, ob Kinder aus der Hilfsschule als bildungsunfähig oder für eine Idiotenanstalt geeignet ausgeschult werden sollen. Einige Wochen vor dem Schulschluss fand in Verbindung mit der Zentrale für private Fürsorge eine Sitzung statt, in der mit den Eltern der zur Entlassung kommenden Kinder über die zweckmässigste Wahl des Berufes nach wirtschaftlichen und sanitären Gesichtspunkten beraten wurde.

Ergebnisse der

a) Mittel-

Schule	Zahl der Untersuchten		Grösse: Mittlere cm		Grösse: Maximum cm		Grösse: Minimum cm	
	M.	W.	M	W.	M	W	M.	W.
Bethmann-Mittelschule	52	43	—	116,5	—	128	—	10[illegible]
Bornheimer Mittelschule	76	37	115.5	114,6	131	128	98	105
Deutschherren-Mittelschule	44	38	118,2	114,6	129,5	130	109	10[illegible]
Fürstenberger Mittelschule	—	66	—	118	—	137		106
Ostend-Mittelschule	50	34	114	112,5	129	127	101	100
Peters-Mittelschule	—	57	—	108	—	127	—	105
Souchay-Mittelschule	97	44	113	110	126	122	103	95
Westend-Mittelschule	97	68	117,5	116,5	133	124	104,5	104
Engl. Fräulein-Mittelschule	—	33	—	115,6	—	123	—	107
Bockenheimer Mittelschule	—	42	—	123	—	136	—	112
	416	462	115,6	114,9	133	137	98	95
	878							

b) Bürger-

Schule	M.	W.	Mittlere M	Mittlere W.	Maximum M	Maximum W	Minimum M.	Minimum W.
Uhlandschule	44	48	115	112	138	122	100	96
Karmeliterschule	102	85	113,5	114,7	126	131	103	99
Merianschule	92	105	115,7	115	128	128	102	100
Kirchnerschule	44	51	112.3	113,8	124	124	102	99
Lersnerschule	52	131	114,5	112	124	123	105	97
Brentanoschule	55	55	112	112,7	123	123	102	95
Frankensteinerschule	50	47	111,5	116	126	130	105	100
Willemerschule	60	62	112	111	124	126	100	97
Glauburgschule	159	110	113,5	113	127	125	96	98
Gutleutschule	53	57	115,5	114.5	126	123	101	104
Pestalozzischule	107	54	113	111,5	125	126	100	102
Varrentrappschule	110	115	113,5	112,5	128	129	100	103
Schwarzburgschule	48	49	114	112	126	127	104	104
Günderrodeschule	100	114	109,5	111,5	124	124	95	99
Bonifatiusschule	62	64	113	114	124	125	102	104
Niederräder ev. Schule	58	65	111,5	112,5	123	125	100	100
Oberräder kath. Schule	27	28	112	109	120	121	99	100
Seckbacherschule	24	30	115	117	131	128	104	103
Hölderlin- u. Wiesenhütten-schule	33	14	110,1	108,6	125	118	96,5	100
(Hilfsschulen)	19	16	111	111,7	115.5	120	99	105
Gellertschule	137	—	114	—	126	—	102	—
Battonnschule	85	—	111,9	—	126.5	—	90,5	—
Franckeschule	169	—	116	—	130	—	99	—
Weissfrauenschule	58	—	111,5	—	122	—	101	—
Allerheiligenschule	53	—	113	—	128	—	105	—
Dom- u. Rosenbergerschule	54	53	112	113	124	123	95	101

Erstuntersuchungen.

schulen.

Gewicht						Konstitution					
Mittleres kg		Maximum kg		Minimum kg		gut		mittel		schlecht	
M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.
—	22,5	—	27,5	—	18	6	10	46	33	—	—
21	21,6	27,5	26,5	16	17,5	36	17	40	20	—	—
22,3	21,2	30	29,2	18	17	24	16	20	22	—	—
—	22,2	—	31	—	17	—	27	—	37	—	2
21.5	19	28	24	19,5	16,8	25	22	24	12	1	—
—	20,5	—	31	—	16,5	—	21	—	35	—	1
20	19,5	29	25	17	16,5	68	26	27	19	2	—
21,5	20,5	27	29,5	17,5	16	74	44	23	24	—	—
—	17,5	—	27	—	20	—	24	—	9	—	—
—	23	—	32,5	—	17,5	—	25	—	17	—	—
21,2	20,8	30.0	32,0	16	16	233 56%	231 50%	180 43,3%	228 49,3%	3 0,7%	3 0,7%
						53%		46,3%		0,7%	

schulen.

M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.
20,2	19,5	30,2	24	15,5	15	15	16	26	28	3	4
20,1	20,5	25,7	30,9	16.5	14	58	43	39	39	5	3
21,1	23	29	30	16,9	18	26	27	59	63	7	15
20,3	18,9	25	23,5	16	13,4	2	20	41	31	1	—
18.4	21,2	25	24,5	16,5	15,4	1	3	49	117	2	11
20	20,8	26,5	26	15,5	15	21	17	32	38	2	—
22,6	22	30,5	27	19	16	29	23	21	24	—	—
20,3	21,9	24,6	28,2	16	15	9	11	42	47	9	4
20,5	20	26,8	26	16	15,7	10	8	149	102	—	—
21 2	20,7	25,5	26	17	14,5	23	30	27	27	3	—
21	15,5	24	26,5	16	13,5	63	25	40	26	4	3
19	18,5	26,5	24	16	14	57	64	49	50	4	1
21,1	19,3	27,5	24	17,2	16,5	13	8	34	41	1	—
23,3	20,7	30	25,5	16,5	16	21	37	77	74	2	3
20.1	21,8	23,9	29,6	16,3	14	16	18	41	44	5	2
21,2	20,2	26,4	25,3	16	15,1	21	24	35	40	2	1
20,2	19,2	23,5	23,5	16,8	16,5	15	15	12	13	—	—
20,8	19,7	25	27,5	14,5	16	—	—	22	29	2	1
19,8	18,8	25,5	22,7	16,5	16,5	9	3	18	8	6	3
19,7	19,7	24,5	24,2	16	17,4	2	4	16	10	1	2
19,2	—	25,4	—	15,7	—	28	—	105	—	4	—
19.7	—	25.8	—	15,5	—	21	—	55	—	9	—
20,8	—	28	—	16	—	67	—	71	—	31	—
21	—	25,6	—	16,5	—	11	—	44	—	3	—
22,8	—	29,5	—	17	—	10	—	42	—	1	—
20	19,6	26	25	18,5	15	25	16	27	37	2	—

Schule	Zahl der Untersuchten		Grösse					
			Mittlere cm		Maximum cm		Minimum cm	
	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.
Uebertrag								
Oberräder ev. Knabenschule	58	—	112	—	122	—	101	—
Wallschule	—	149	—	114,4	—	136	—	96
Liebfrauenschule.	—	136	—	113	—	127	—	99
Annaschule	58	59	—	108,5	—	123	—	94
Sophienschule	—	150	—	114	—	126	—	99
Katharinenschule	—	50	—	117	—	127,5	—	102
Dreikönigsschule.	—	58	—	117,5	—	128	—	112
Oberräder ev. Mädchensch.	35	77	112,6	111,3	125	127	95	95
Fröbelschule	47	50	109	113,5	122	124	100	93
Dahlmannschule	59	105	116	114	124	128	100	100
Frauenhofschule	55	48	114,5	117	127	131	102	103
	2167	2235	112,9	113,2	138	131	90,5	93
	4402							

Für die allgemeine Wohlfahrts- und Gesundheitspflege im Jahre 1905 sind von hoher Bedeutung die Stiftung von 150 000 M. seitens der städtischen Körperschaften aus Anlass der Feier der silbernen Hochzeit des Kaiserpaares. Diese Summe wurde dem Krankenpflegefonds zur Verwaltung zugewiesen und bestimmt zur Fürsorge für Tuberkulöse. Die Zinsen sollen dem Verein zur Bekämpfung der Schwindsuchtsgefahr auf Antrag von Fall zu Fall zur Verfügung gestellt werden und auch besonders zur Verbesserung der Wohnungsverhältnisse der Tuberkulösen Verwendung finden.

Mit einer weiteren, aus gleichem Anlass aus allen Kreisen der städtischen Bevölkerung gesammelten Summe von 280000 M. wurde die Auguste-Viktoria-Stiftung zur Säuglingsfürsorge in Frankfurt a. M. begründet. Eingehende Bestimmungen über die Verwendung dieser Mittel sind noch in der Ausarbeitung begriffen.

Gewicht						Konstitution					
Mittleres kg		Maximum kg		Minimum kg		gut		mittel		schlecht	
M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.
19,9	—	24,8	—	15,1	—	36	—	22	—	—	—
—	20,2	—	26,6	—	16	—	56	—	89	—	4
—	20,2	—	27,5	—	14,5	—	57	—	72	—	7
—	19,5	—	24,2	—	14,7	2	15	37	29	19	15
—	20	—	27	—	16	—	56	—	66	—	28
—	20	—	25,6	—	16,8	—	19	—	26	—	5
—	21,7	—	28,8	—	16,5	—	35	—	23	—	—
20,4	19,8	26,7	27	15	16,5	6	46	29	31	—	—
19,8	20,5	24	24,8	17	15,5	8	9	39	38	—	3
22,5	20,9	30,5	26,1	14,5	15,7	44	71	15	33	—	1
21,8	23,7	27,5	29,1	16,2	18,3	22	13	30	33	3	2
20,6	20,3	30,5	30,9	13,5	13,4	691 31,9%	789 35,3%	1345 62,1%	1328 59,4%	131 6%	118 5,3%
						33,6%		60,8%		5,6%	

Mitteilungen des Kreisarztes.

I. Aerzte.

Am Beginn des Jahres 1905 waren anwesend 371 Aerzte, hiervon starben 8 und 24 verzogen. Neu kamen dazu 49 (darunter 20 Assistenzärzte), so dass Ende des Jahres 388 Aerzte in Frankfurt waren, von denen aber 4 nicht praktizierten. Unter den 384 praktizierenden Aerzten befanden sich 4 Aerztinnen. Es kamen somit auf einen Arzt etwa 800 Personen, oder auf 1000 Einwohner 1,25 Aerzte.

II. Infektionskrankheiten.

	Cholera	Pocken	Flecktyphus	Unterleibstyph.	Masern	Scharlach	Diphtherie	Kindbettfieber	Genickstarre	Lungentuberkulose	Influenza	Keuchhusten
Krankheitsfälle . . .	—	—	—	67	2367	678	416	21	5	—	—	—
Todesfälle .	—	—	—	4	69	18	21	8	2	597	53	34

Influenza.

Im ganzen starben 53 Personen, davon im Januar 25, im Februar 14 und im März 8, die übrigen 6 verteilen sich auf die Sommermonate.

Typhus.

Die Zahl der angemeldeten Fälle betrug 77 gegen 110 des Vorjahres. Von diesen erwiesen sich 10 im weiteren Verlauf als andere Erkrankungen, wie Miliartuberkulose, Pneumonie, Endokarditis usw., so dass 67 Fälle von Abdominaltyphus verblieben.

In nahezu sämtlichen Fällen wurde die Diagnose durch die Widalsche Reaktion gesichert. Wenn mit der Vornahme derselben auch erreicht wird, dass die Zahl der Fehlmeldungen geringer geworden ist, so ist es andererseits für die Vorbeugungsmassregeln, die von der Gesundheitspolizei getroffen werden müssen, von Nachteil, dass viele Aerzte erst eine Meldung machen nach positivem Ausfall der Reaktion. Da diese zumeist erst in einer späteren Krankheitswoche auftritt, so kommen die sanitätspolizeilichen Erhebungen und Massnahmen oft erst spät zur Anwendung.

3 Fälle wurden als Paratyphus erkannt, 2 betrafen Metzgergesellen und 1 eine Verkäuferin, die ihre Erkrankung auf den Genuss verdorbener Wurst zurückführte. Alle drei Fälle verliefen sehr leicht, auch für die übrigen Erkrankungen an Typhus war die Sterblichkeit eine geringe, es starben 4, also 6 Proz. gegen 9 Proz. im Vorjahre.

Wie sich die einzelnen Krankheitsfälle über die verschiedenen Altersklassen und Monate, erteilen, geht aus nachstehender Tabelle hervor.

Jahren	Jan.		Febr.		März		April		Mai		Juni		Juli		August		Sept.		Okt.		Nov.		Dez.		Summe	
	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben
1—5	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—
5—10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	2	—	—	—	3	—
11—15	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	2	—	2	—	1	—	1	—	—	—	8	—
16—20	1	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	3	—	2	—	1	—	1	—	3	—	14	—
21—30	2	—	1	—	—	—	—	1	—	—	1	—	4	—	6	—	2	—	—	—	3	—	4	—	23	1
31—40	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	1	1	—	1	1	—	4	2
41—50	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	3	—
51—60	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	1	—	—	—	3	—
über 60	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	2	1
	5	—	1	—	3	—	2	1	2	—	1	—	6	—	13	—	9	—	5	1	8	2	8	—	63	4

Da in jedem einzelnen Falle Erhebungen an Ort und Stelle gemacht wurden, so konnte für eine grössere Anzahl die Infektionsquelle festgestellt werden. In 17 liess sich nachweisen, dass die Infektion ausserhalb Frankfurt erfolgt sein musste, vielfach ergaben auch die Nachforchungen in den betr. Aufenthaltsorten, dass daselbst Typhus herrschte, vornehmlich geschah die Ansteckung in Sommerfrischen und nach Erholungsreisen.

Als die Hauptquelle der in Frankfurt vorkommenden Erkrankungen ist die Milch anzusehen, namentlich waren es eine Reihe von Stallhaltungen in Hessen, die als Quelle beschuldigt werden mussten. Es liess sich zwar durch Vermittlung der betreffenden Gesundheitsämter feststellen, dass die Milchwirtschaften tadellos geführt wurden, dass aber die an den betreffenden Orten vorbeifliessende Nidder verseucht war, man musste daher annehmen, dass auf irgend eine, nichtgeklärte Art, das Wasser der Nidder in die Milch gelangte; die Zahl der auf diele Weise angesteckten Personen betrug 22. Von weiteren Erkrankungen sind zu erwähnen 3 Schiffer, die Rheinwasser getrunken hatten, ferner die Ansteckung mehrerer Streckenarbeiter der Eisenbahn durch italienische Arbeitskollegen, ferner die Erkrankung zweier Krankenpflegerinnen während der Pflege von Typhösen. In 2 Fällen wurden Personen, deren Angehörige einige Monate vorher einen Typhus durchgemacht hatten, von der Krankheit befallen, beidemal wurde die Vermutung, dass es sich um Bazillenträger handle, durch die bakteriologische Untersuchung der Ausscheidungen bestätigt.

Von den Erkrankten waren 27 männlich und 40 weiblich. Wie in den früheren Fällen ist auch 1905 die grosse Zahl der erkrankten Dienstmädchen, Frauen und Mädchen im jugendlichen Alter auffällig, welcher Umstand wohl auf den häufigen Milchgenuss bei diesen Personen zurückzuführen ist. Auf der gleichen Ursache beruht wahrscheinlich die verhältnismässig hohe Zahl der Bäcker die an Typhus erkrankten. Nach ihrem Berufe kann man die Erkrankten einteilen:

Männliche Personen		Weibliche Personen	
Kaufleute	= 8	Arbeiterinnen	= 5
Arbeiter	= 8	Dienstmädchen	= 13
Bäcker	= 5	Krankenpflegerinnen	= 2
Schiffer	= 3	Haustöchter	= 8
Kinder	= 6	Ehefrauen	= 12
Metzger	= 2		40
	27		

Diphtherie.

Zur Meldung kamen 416 Fälle, von denen 21 tödlich verliefen, was einer Mortalität von 4,8 Proz. entspricht, gegen 7,7 Proz. im Vorjahre. Eine eigentliche Epidemie wurde nicht beobachtet, doch fiel die Mehrzahl der Erkrankungen in die Monate Januar bis April. Die Erkrankung eines Kellners in einem viel besuchten Hotel machte die Untersuchung des gesamten Dienstpersonals, sowie strenge Desinfektionsmassregeln notwendig.

Ueber die Verteilung auf die einzelnen Monate, Lebensalter, gibt nachstehende Tabelle Aufschluss.

	Jan.		Feb.		März		April		Mai		Juni		Juli		Aug.		Sept.		Okt.		Nov.		Dez.	
	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben
Unter 1 Jahr	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	1	—	1	1	—	—	2	1	—	—	—	—	—	—
1—5	23	2	17	2	14	1	14	—	13	1	24	4	11	—	14	-	10	3	12	1	13	1	8	1
6—15	14	—	11	-	17	—	8	—	9	—	14	1	7	—	16	—	13	—	14	—	3	—	10	—
16—20	8	—	4	—	3	—	1	—	2	—	—	—	—	—	3	—	3	—	4	—	2	—	4	1
21—30	4	-	2	—	4	—	7	—	3	—	3	—	5	—	4	—	5	—	4	—	5	—	6	—
über 30	4	—	—	—	3	—	2	—	1	—	1	—	3	—	2	—	2	—	3	—	2	—	2	1
	53	2	35	2	41	1	33	—	28	1	43	5	27	1	39	—	35	4	37	1	25	1	30	3

Scharlach.

Gemeldet wurden 678 Fälle mit 18 Todesfällen, was einer Sterblichkeit von 3,4 Proz. gegen 2,9 Proz. im Vorjahre entspricht. Hervorgehoben verdient zu werden, dass auf der Kinderabteilung der Hauptstation im Städt. Krankenhaus im Februar die Erkrankungen so gehäuft auftraten, dass ein Schluss dieser Abteilung verfügt werden musste.

Erkrankungen in der Familie des Besitzers einer Milchkuranstalt, die hauptsächlich Kindermilch liefert, erforderte besondere Vorsichtsmassregeln.

Die Verteilung über Monate und Lebensalter ist aus nachstehender Tabelle ersichtlich.

	Jan.		Feb.		März		April		Mai		Juni		Juli		Aug.		Sept.		Okt.		Nov.		Dez.	
	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben
Unter 1 Jahr	—	—	—	—	-	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—		—	—	2	1
1—5	5	1	22	1	16	—	20	1	24	3	21	2	25	—	21	—	25	2	15	1	20	—	7	—
6—15	14	—	20	—	24	—	30	—	32	—	53	2	41	3	45	—	36	—	34	—	25	—	19	—
16—20	1	—	2	—	5	—	2	—	4	—	2	—	2	—	3	—	—	—	3	—	3	—	2	—
21—30	—	—	2	—	13	—	3	—	3	—	3	—	—	—	2	—	—	—	2	—	2	—	2	—
über 30	-	—	1	—	4	—	2	—	2	—	1	—	1	—	—	-	—	—	1	—	3	—	—	—

Masern.

Es wurden 2367 Fälle von Masern gemeldet, doch ist diese Zahl wohl nur annähernd richtig, da die Aerzte bei mehrfachen Erkrankungen in einer Familie nur eine Meldung abschickten, vielfach wurden auch Masernfälle ohne ärztliche Hilfe gelassen. Es starben 69 Personen = 2,9 Proz., zumeist an einer sich anschliessenden Lungenentzündung.

Ziemlich häufig trat Masern mit Mumps zusammen auf.

In einer Kinderkrippe kamen im Juni die Masernerkrankungen so zahlreich zur Beobachtung, dass hier einige Wochen keine Neuaufnahmen stattfanden.

Auch in den beiden untersten Klassen einer Schule traten die Masern gehäuft auf, doch konnte von einem Schulschluss abgesehen werden.

Die Verteilung über die Monate und Alter zeigt nachstehende Tabelle.

	Jan.		Feb.		März		April		Mai		Juni		Juli		Aug.		Sept.		Okt.		Nov.		Dez.	
	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben
Unt. 1 Jahr	2	—	5	1	7	1	11	3	18	4	9	5	8	5	5	2	3	1	1	—	—	—	—	—
1—5	62	—	124	5	217	3	119	9	236	4	203	5	157	9	47	5	35	2	12	—	6	—	10	—
6—15	85	—	103	—	234	1	183	1	120	—	143	2	54	1	18	—	16	—	14	—	10	—	10	—
16—20	1	—	—	—	2	—	2	—	5	—	6	—	1	—	—	—	5	—	1	—	—	—	—	—
21—30	1	—	—	—	4	—	2	—	2	—	2	—	1		2	—	—	—	1	—	—	—	1	—
über 30	1	—	—	—	3	—	3	—	1	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	152	—	232	6	467	5	320	13	382	8	366	12	221	15	72	7	59	3	29	—	16	—	21	—

Kindbettfieber.

Von 31 gemeldeten Fällen erwiesen sich 10 im weiteren Verlauf als andere Erkrankungen, so dass 21 verblieben, hiervon waren 8 tödlich, also eine Sterblichkeitsziffer von 38 Proz. gegen 41 Proz. im Vorjahre. Standesamtlich wurden 8620 Geburten angemeldet. Da Aborte nicht beim Standesamt gemeldet werden, so sind 3 Fälle an Kindbettfieber nach Abort für die Beurteilung der Häufigkeit wegzulassen. Dasselbe gilt von 2 Fällen, die als bereits erkrankt aus Eppstein und Isenburg dem Städt. Krankenhaus überwiesen wurden. Nach Abzug dieser 5 kommen auf 8620 Geburten 16 Erkrankungen im Stadtkreise, also 0,18 Proz. bezw. eine Sterblichkeit von 0,045.

Tuberkulose der Lungen.

Es starben 597 Personen gegen 633 im Vorjahre. Bei 4897 Todesfällen des Jahres 1905 erlagen demnach etwa $^1/_8$ der Gestorbenen der Lungentuberkulose.

Uebertragbare Tierkrankheiten.

Es kamen 3 Fälle an Milzbranderkrankung zur Kenntnis, zwei aus einem Fellager, das vornehmlich kurländische Felle einführt. Der 3. Fall wurde in einer Fabrik beobachtet in der Büffelhörner zersägt und für die Drechslerei verarbeitet wurden. Alle 3 Fälle endeten in Heilung.

Zwei Personen — ein Dienstmädchen und eine Prostituierte — wurden von tollwutkranken Hunden gebissen. Da die Sektion der Hunde die Diagnose bestätigte, unterzogen sich beide Gebissenen der Impfung im Institut für Wutschutzimpfung in Berlin.

Bisher wurde eine Erkrankung bei ihnen nicht beobachtet und kann man daher einen vollen Erfolg der Schutzimpfung annehmen.

Ueber-

über die Zahl der in den Frankfurter Kranken-Anstalten ver-

Vom 1. Januar 1905 bis

1	2
Namen der Anstalt	Bettenzahl
Städt. Krankenhaus innere Abt.	297
„ „ äussere „	264
„ „ Hautkr. „	324
„ Siechenhaus	203
„ Krankenhaus Bockenheim	32
Frankensteiner Hof	110
Heiliggeisthospital, innere Abt.	170
„ äussere „	86
Bürgerhospital innere Abt.	66
„ äussere „	60
Hospital der Israelit. Gemeinde	80
Dr. Christs Kinderhospital	80
Neufvillesche Stiftung	20
Georgine Sara v. Rothschildsche Stiftung	19
Mathilde von Rothschildsches Kinderhospital	12
Clementine Mädchenspital	39
Dr. Bockenheimersche Klinik	120
Frankf. Verein v. roten Kreuz	40
Zweigverein des Vaterl. Frauen-Vereins	25
Diakonissen-Anstalt	56
Diakon.- u. Kranken-Heil-Anstalt des Bethanien-Vereins	32
Elisab.-Krankenhaus der barmh. Schwestern	83
Diakonissenheim Bockenheim	20
St. Josephs-Krankenhaus	35
Gumbertzsches Siechenhaus	32
Versorgungshaus	155
Jägersches Kindersiechenhaus	60
Privatklinik von Prof. Dr. Rehn	10
Städt. Entbindungsanstalt	28
Dr. Christsche u. v. Mühlensche Entb.-Anstalt	12
Privatfrauenklinik v. Prof. Dr. Sippel	10
Dr. Otto Neubürgers Entb.-Anstalt	10
„ Kallmorgens Frauenklinik	18
Städt. Irren-Anstalt	300
Dr. Dornblüths Sanat. f. Nervenkr.	14
„ Rosenbaums Sanat. f. israel. Nerven- und Gemütsleidende	25
Frankfurter Augenheilanstalt	21
Dr. Carls Augenklinik	24
Privatkl. v. Dr. Schild und Dr. Bär	5
Genesungsstätte Hohenwald	32
Carolinum	10

sicht

pflegten Personen (Gesamtkrankenbewegung in den Hospitälern)

31. Dezember 1905

3	4	5	6	7	8	9	10
Namen der leitenden Ärzte	Bestand am 1. 1. 05	Zugang	Summe	Geheilt	Gebessert oder ungeheilt	Gestorben	Bleiben in Behandlung am 31. 12. 05
					1506		
Oberarzt Prof. Dr. v. Noorden	229	4006	4235	1657	348	448	276
" " " Rehn	124	2479	2603	1974	316	168	145
" Dr. Herxheimer	237	3432	3669	2546	841	29	253
" " Aug. Knoblauch	188	332	520	50	176	93	201
San.-Rat Dr. Daube	30	292	322	256	23	29	14
Dr. Arth. Heimann	41	509	550	399	112	—	39
Prof. Dr. Treupel	142	1830	1972	1281	413	143	135
San.-Rat Dr. Harbordt	46	975	1021	705	216	42	58
Dr. Streng	50	596	646	123	344	134	45
" Ebenau	36	412	448	387		34	27
" Kirchheim	58	660	718	504	104	52	58
San.-Rat Dr. Glöckler	29	479	508	319	58	102	29
" " " "	17	223	240	148	39	33	20
Dr. Rosenbaum	16	203	219	180	19	6	14
" "	10	57	67	54	2	—	11
San.-Rat Dr. de Bary	21	237	258	165	51	13	29
Geh. San.-Rat Dr. Bockenheimer	118	1329	1447	762	495	84	106
*)	10	704	714	694	—	9	11
*)	6	353	359	291	38	18	12
Dr. Roediger	32	529	561	461	37	27	36
*)	22	534	556	365	143	24	24
Dr. Rauch und Dr. Simon	83	889	972	604	264	39	65
" Hanau	17	297	314	156	130	11	17
" Hergenhahn und Dr. Brodnitz	36	422	458	287	116	24	31
" Günzburg	31	9	40	—	1	7	32
San.-Rat Dr. Loretz	148	42	190	9	—	32	149
Dr. Roediger	46	65	111	35	5	17	54
Prof. Dr. Rehn	3	110	113	107	—	4	2
San.-Rat Dr. Vömel	6	642	648	604	23	3	18
" " " Zimmern	8	262	270	259	3	—	8
Prof. Dr. Alb. Sippel	4	104	108	101	3	1	3
Dr. Otto Neubürger	6	175	181	172	3	—	6
" Kallmorgen	1	155	156	128	23	4	1
	1. 4. 05						31. 3. 06.
Dir. Dr. Sioli	452	1242	1694	39	1133	75	447
Dr. Otto Dornblüth	4	48	52	10	38	1	3
" Rosenbaum	18	16	34	3	11	1	19
San.-Rat Dr. Krüger u. Dr. Schnaudigel	8	174	182	170	11	—	1
" " " Carl	16	332	348	237	94	—	17
Dr. Schild u. Dr. Bär	1	9	10	7	2	—	1
" Wohlfahrt	5	362	367	275	84	—	8
" Oehler	3	126	129	119	—	6	4
	2358	25652	28010	16449	7119	1713	2429

*) Zur Krankenbehandlung sind sämtliche Aerzte zugelassen.

Ueber

über die in den Frankfurter Kranken-Anstalten vom 1. Januar 1905 bi

Namen der Krankheiten	Städt. Krankenhaus: Innere Abteilung		Städt. Krankenhaus: äussere Abteilung		Städt. Krankenhaus: Hautkr.-Abteilung		Städt. Siechenhaus		Städt. Krankenhaus Bockenheim		Frankensteiner Hof (Krankenstation)		Heiliggeist-hospital: Innere Abteilung		Heiliggeist-hospital: äussere Abteilung		Bürger-hospital: Innere Abteilung		Bürger-hospital: äussere Abteilung		Hospital der Israelit. Gemeinde		Dr. Christ's Kinderhospital		
	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13
		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†	
I. Infektionskrankheiten, Zoonosen und Schmarotzerkrankh.																									
1. Masern	131	16	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	2	—	—
2. Scharlach	152	9	—	—	—	—	..	—	—	—	—	—	1	—	-	-	—	—	—	—	10	—	1	—	—
4. Pocken	—	—	—		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	-	—	—	-	—	—	—	—
5. Windpocken	9	—	—	..	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—
6. Rose	50	—	8	2	—	—	—	—	—	—	1	—	15	—	4	—	3	1	1	—	4	—	8	—	—
7. Diphtherie	85	14	2	-	—	—	—	-	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	5	—	84	8	—
8. Keuchhusten	21	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
9. Influenza	120	8	2	—	—	—	3	—	47	1	6	—	6	—	—	-	29	—	—	—	31	—	—	—	—
10. Blutvergiftung	4	7	1	1	—	—	—	-	—	—	—	—	3	2	2	2	1	1	—	—	1	1	1	—	—
11. Kindbettfieber	—	—	24	4	—	-	-	—	—	—	—	—	1	1	—	-	—	—	1	1	2	—	—	—	—
12. Starrkrampf	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	-	-	—	—	—	—	-	-	—	—	—
13. Typhus	27	3	—	—	—	—	—	-	—	-	—	—	16	2	1	1	4	-	—	-	2	—	—	—	—
15. Rückfallfieber	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
16. Ruhr	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
17. b) Cholera nostr.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
19. Mumps	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	2	—	1	—	—
20. Genickstarre	2	1	—	—	—	-	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	-	—
21. Wechselfieber	—		-	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
22. Akuter Gelenkrheumatismus	26	—	6	-	—	—	1	—	11	—	6	—	109	—	7	-	29	—	—	—	14	—	1	-	4
23. Venerische Krankheiten:																									
A. Syphilis	27	4	—	—	815	24	6	2	2	—	1	—	6	—	—	—	1	—	—	—	—	—	2	1	3
B. Gonorrhoe	4	—	1	—	1015	-	—	—	4	—	—	-	4	—	4	—	1	—	-	—	—	-	—	—	—
C. Weicher Schanker (Bubo)	—	—	—	—	157	-	—	—	3	-	—	—	—	—	—	—	-	—	—	—	—	—	—	—	—
D. Anderweitige venerische Krankheiten	—	—	—	—	132	—	-	—	2	—	—	—	-	-	-	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—
25. Tuberkulose: a)—c) der Atmungsorgane	368	82	14	4	—	—	84	23	11	3	10	—	162	58	3	—	100	6	—	—	30	9	3	3	1

NB. Die Armenklinik hat als stationäre Klinik aufgehört.

Dezember 1905 verpflegten Personen nach Krankheiten geordnet.

Mathilde v. Rothschild'sches Kinderhospital		Clementine Mädchenspital		Carolinum		Dr. Bockenheimer'sche Klinik		Frankf. Verein vom roten Kreuz		Zweigverein des Vaterländ. Frauenvereins		Diakonissen-Anstalt		Diakonissen- und Krankenheilanstalt des Bethanienvereins		Elisabethen-Krankenhaus der barmherzigen Schwestern		Diakonissenheim Bockenheim		St. Josephs-Krankenhaus		Gumpertz'sches Siechenhaus		Versorgungshaus		Jäger'sches Kindersiechenhaus		Privatklinik von Dr. Schild u. Dr. Bär		Genesungsstätte Hohenwald	
15		16		17		18		19		20		21		22		23		24		25		26		27		28		29		30	
	†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†
—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	4	—	—	—	2	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	2	—
—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	4	—	—	—	—	—	2		1	—	45	—	10	—	47	—	2	—	5	—	—	—	3	—	1	—	—	—	7	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	2	1	—	—	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	2	2	—	—		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—		—	—	—		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	1	—	—	—	58	—	—	—	4	—	7	1	8	—	32	—	1	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7	—
—	—	4	—	—	—	11	—	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	9	—	—	—	2	—	—	—	1	—	12	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	11	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	10	3	—	—	132	28	8	—	5	—	19	6	10	1	78	15	8	—	12	1	—	—	3	1		—	1		15	—

Namen der Krankheiten	Städt. Krankenhaus: Innere Abteilung		Äussere Abteilung		Hautkr.-Abteilung		Städt. Siechenhaus		Städt. Krankenhaus Bockenheim		Frankensteiner Hof (Krankenstation)		Heiliggeist-hospital: Innere Abteilung		Äussere Abteilung		Bürger-hospital: Innere Abteilung		Äussere Abteilung		Hospital der Israelit. Gemeinde		Dr. Christ's Kinderhospital	
	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†
d) u. e) der Haut und Drüsen	3	—	39	1	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	9	—	—	—	11	—	2	—	7	1
f) der Knochen und Gelenke	4	1	74	4	—	—	16	1	—	—	—	—	3	—	30	2	4	1	14	2	11	1	34	1
g) u. h) des Hirns u. seiner Häute	3	1	—	—	—	—	—	—	80	4	—	—	3	3	—	—	5	4	—	—	—	—	5	4
i) – o) d. übrigen Organe und allgemeine Tuberkulose	6	7	7	4	—	—	8	2	—	—	—	—	29	18	8	4	3	2	8	4	2	—	9	8
27 Milzbrand	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
30. Wurmkrankheiten	4	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
31. a) Krätze	1	—	—	—	482	—	—	—	3	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
b) Läuse	3	—	—	—	81	—	—	—	1	—	1	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—
32. Fadenpilzkrankheiten	—	—	—	—	31	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
33. Aktinomykosis	—	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
II. Vergiftungen.																								
34. a) Organische Gifte	7	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—
b) Anorganische Gifte	12	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	—	—	—	4	—	—	—	3	1	—	—
c) Vergiftungen ohne nähere Angabe	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
35. Giftige Gase	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
36. Alkoholvergiftung	50	—	1	—	—	—	21	—	3	1	5	—	23	—	4	2	3	—	—	—	—	—	—	—
III. Äussere Einwirkungen.																								
37. a) u. c) Quetschungen, Verstauchungen und Zerreissungen	5	—	264	2	—	—	2	—	8	1	29	—	—	—	157	—	—	—	34	1	13	1	3	—

Mathilde v. Rothschild'sches Kinderhospital		Clementine Mädchen-spital		Carolinum		Dr. Bockenheimersche Klinik		Frankf. Verein vom roten Kreuz		Zweigverein des Vaterländ. Frauenvereins		Diakonissen-Anstalt		Diakonissen- und Krankenheilanstalt des Bethanienvereins		Elisabethen-Krankenhaus der barmherzigen Schwestern		Diakonissenheim Bockenheim		St. Josephs Krankenhaus		Gumpertzsches Siechenhaus		Versorgungshaus		Jägersches Kindersiechenhaus		Privatklinik von Dr. Schild u. Dr. Bär		Genesungsstätte Hohenwald	
15		16		17		18		19		20		21		22		23		24		25		26		27		28		29		30	
	†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†
1	—	8	—	15	1	4	—	4	—	6	—	1	—	19	—	6	—	2	—	2	—	1	—	1	—	4	—			2	
4	—	41	-	24	—	11	3	3	—	3	—	—	—	7	—	5	—	2	1	22	1	6	—	1	—	16	6			2	
—	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2		—	—	—		—		—	—	—	—	—	—	—			—	
—	—	5	4	2	—	—	—	6	1	—	—	5	2	9	—	3	1	2	—	5	—	—	—	—	—	1	—			—	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		—	—	—	—	—	—	—	—	—			—	
—	—	1	—	—	—	3	—	—	—	—	—	2	—	—	—	3	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—			—	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—			—	
—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—			—	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—			—	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—			—	
—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—			—	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—			—	
—	—	—	—	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—			—	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—			—	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—			—	
—	—	1	—	—	—	—	—	4		—	—	22	—	4	—	98	2	3	—	20	-	—	—	—	—	—	—			—	

Frankfurt a. M. 1905. 14

Namen der Krankheiten	Städt. Krankenhaus: innere Abteilung (1)	†	äussere Abteilung (2)	†	Hautkr.-Abteilung (3)	†	Städt. Siechenhaus (4)	†	Städt. Krankenhaus Bockenheim (5)	†	Frankensteiner Hof (Krankenstation) (6)	†	Heiliggeist-hospital: innere Abteilung (7)	†	äussere Abteilung (8)	†	Bürger-hospital: innere Abteilung (9)	†	äussere Abteilung (10)	†	Hospital der israelit. Gemeinde (11)	†	Dr. Christ's Kinderhospital (12)	†
b) Knochenbrüche:																								
α)—ε) des Rumpfes	1	—	24	8	—	—	1	—		—	—	—	1	—	15	—	—	—	12	4	1	1	4	1
ζ)—η) der Extremitäten	—	—	121	2	—	—	1	—	1		—	—	—	—	48	—	—	—	39	—	8	—	23	—
d) Verrenkung	—	—	20	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	—	—	—	11	—	—	—	2	—
e) Wunden	—	—	264	—	—	—	6	—	7	—	161	—	—	—	173	2	—	—	56	2	11	—	4	—
f) Verbrennung	—	—	59	1	2	—	—	—	3	—	—	—	—	—	53	1	—	—	9	—	5	1	11	2
g) Erfrieren	—	—	3	—	4	—	—	—	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
h) Gehirnerschütterung	1	—	11	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	8	—	1	—	—	—
i) Hitzschlag, Sonnenstich	3	—		—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
q) Fremdkörper	—	—	32	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	—	—	—	2	—	—	—	—	—
IV. Störungen d. Entwickelung und Ernährung.																								
38. Angeborene Lebensschwäche	—	—	3	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—
39. Bildungsfehler, Missgeburt	—	—	10	—	—	—	—		26	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	2	—
40. Zahnen	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
41. Rachitis	16	2	6	—	—		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	4	1
42. Osteomalacie	1	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—
43. Atrophia infant.	14	17	—	—	5	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	3	2
44. Erschöpfung	43	10	—		—	—	1	—	—	—	41	—	12	—	—	—	4	—	—	—	1	—	—	—
45. Altersschwäche	1	—	3	—	—	—	53	13	—	—	4		11	—	—	—	7	1	—	—	2	2	—	—
46. Gangraen			—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	1	—	—	—
47. Myxoedem	1		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
48. Kretinismus			—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
49. Diabetes mellit.	90	6	1	1	—	—	2	1	—	—	—	—	4	1	1	—	2	1	—	—	2	2	—	—
50. Diabetes insipid.	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
51. Gicht	—		—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
52. Addisonsche Krankheit	1		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
53. Fettsucht	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

	Mathilde v. Rothschild'sches Kinderhospital 15		Clementine Mädchenspital 16		Carolinum 17		Dr. Bockenheimersche Klinik 18		Frankf. Verein vom roten Kreuz 19		Zweigverein des Vaterländ. Frauenvereins 20		Diakonissen-Anstalt 21		Diakonissen- und Krankenheilanstalt des Bethanienvereins 22		Elisabethen-Krankenhaus der barmherzigen Schwestern 23		Diakonissenheim Bockenheim 24		St. Josephs Krankenhaus 25		Gumpertzsches Siechenhaus 26		Versorgungshaus 27		Jägersches Kindersiechenhaus 28		Privatklinik von Dr. Schild u. Dr. Bär 29		Genesungsstätte Hohenwald 30	
†		†		†				†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†
—	—	—	—	—	—	—	11	—	—	—	—	—	—	—	—	—	12	1	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	1	—	3	—	1	—	24	—	—	—	—	—	13	—	2	—	28	—	2	—	19	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	19	—	—	—	—	—	2	—	1	—	14	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	104	—	3	—	3	—	26	—	2	—	54	2	1	—	10	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	1	—	4	—	—	—	—	—	11	—	—	—	7	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—	3	—	—	—	6	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	15	—		—	—	—	2	—	2	—		—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	1	—	6	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	2	—	12	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	55	4	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	10	4	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	12	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	33
—	—	—	—	—	—	—	4	3	—	—	—	—	2	—	—	—	4	2	1	1	1	—	4	1	25	9	—	—	—	—	—	—
1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1		—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	3	2	—	—	2	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Namen der Krankheiten	Städt. Krankenhaus innere Abteilung (1)	†	Städt. Krankenhaus äussere Abteilung (2)	†	Städt. Krankenhaus Hautkr.-Abteilung (3)	†	Städt. Siechenhaus (4)	†	Städt. Krankenhaus Bockenheim (5)	†	Frankensteiner Hof (Krankenstation) (6)	†	Heiliggeist-hospital innere Abteilung (7)	†	Heiliggeist-hospital äussere Abteilung (8)	†	Bürger-hospital innere Abteilung (9)	†	Bürger-hospital äussere Abteilung (10)	†	Hospital der israelit. Gemeinde (11)	†	Dr. Christ's Kinderhospital (12)	†
54. Akromegalie . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
56. Neubildungen: **A. Bösartige Neubildungen:**																								
α) d. äuss. Bedeckungen	3	—	17	3	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	3	—	—	—	—	
β) der Verdauungsorgane . . .	19	9	43	25	—	—	7	6	—	—	—	—	7	3	12	4	14	7	11	2	12	7	—	—
δ) u. ε) d. Urogenitalorgane .	3	2	15	6	—	—	3	4	—	—	—	—	2	2	5	—	3	2	8	4	3	1	1	—
γ) u. ς) sonstige .	—	1	12	5	—	—	—	—	—	—	—	—	6	4	8	2	—	—	9	—	10	2	—	—
B. Gutartige Neubildungen:																								
a) Fibrom, Lipom, Angiom, Myxom, Atherom, Polypen und sonstige . . .	3	—	39	3	—	—	3	1	2	1	—	—	5	—	8	—	—	—	9	—	9	2	4	—
c) Kropf, Struma	9	1	9	2	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	4	—	—	—	1	—	—	—	—	—
V. Krankheiten der Organe (ausschliesslich der bei Gruppe I bis IV aufgeführten)																								
A. Krankheiten der Haut und des Zellgewebes.																								
57. a) Entzündung der Haut (Ekzem)	7	—	—	—	268	—	1	—	4	—	2	—	5	—	9	—	—	—	—	—	5	—	5	—
b) Infektiöse (bakterielle) Dermatosen	6	—	—	—	39	—	—	—	—	—	—	—	5	—	4	—	—	—	—	—	6	—	4	—
c) Neuritische Dermatosen . .	—	—	—	—	43	—	1	—	—	—	1	—	2	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
d) Progressive Ernährungsstörungen der Epidermis .	—	—	—	—	9	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—

	Mathilde v. Rothschild'sches Kinderhospital		Clementine Mädchenspital		Carolinum		Dr. Bockenheimersche Klinik		Frankf. Verein vom roten Kreuz		Zweigverein des Vaterländ. Frauenvereins		Diakonissen-Anstalt		Diakonissen- und Krankenheilanstalt des Bethanienvereins		Elisabethen-Krankenhaus der barmherzigen Schwestern		Diakonissenheim Bockenheim		St. Josephs-Krankenhaus		Gumpertz'sches Siechenhaus		Versorgungshaus		Jägersches Kindersiechenhaus		Privatklinik von Dr. Schild u. Dr. Bär		Genesungsstätte Hohenwald	
	15		16		17		18		19		20		21		22		23		24		25		26		27		28		29		30	
		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†
—	—	—	—	—	4	—	3	—	5	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	2	1	1	—	1	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	3	2	8	3	6	2	10	4	5	2	17	5	2	2	—	—	17	3	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—
1	—	—	—	—	3	—	4	2	24	1	8	1	7	1	1	—	—	—	4	1	16	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1	1	—	1	—	7	—	2	—	50	1	8	1	1	1	14	—	—	—	2	1	3	—	1	—	2	1	—	—	—	—	—	—
—	—	—	2	—	4	—	19	—	8	—	20	1	6	—	37	3	6	1	6	1	4	—	—	—	—			—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	2	—	—	—	5	—	2	—	1	—	3	—	1	—	—		—	—	—	—	—				—	—	—	—
—	1	—	14	—	—	—	13	—	—	—	—	—	43	—	—	—	6	—	—	—	1		—	—	4	—	2	—	—		—	—
—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—		—				—	—					—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	

Namen der Krankheiten	Städt. Krankenhaus Innere Abteilung		Städt. Krankenhaus Äussere Abteilung		Städt. Krankenhaus Hautkr.-Abteilung		Städt. Siechenhaus		Städt. Krankenhaus Bockenheim		Frankensteiner Hof (Krankenstation)		Heiliggeisthospital Innere Abteilung		Heiliggeisthospital Äussere Abteilung		Bürgerhospital Innere Abteilung		Bürgerhospital Äussere Abteilung		Hospital der israelit. Gemeinde		Dr. Christ's Kinderhospital	
	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†
e) Regressive Ernährungsstörungen der Haut (Atroph.)	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
f) Erkrankung des Gefässaparates der Haut (Purpura etc.)	—	—	—	—	21	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
g) Epidermolysis (Pemphig. etc.)	2	—	—	—	65	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
h) Krankheiten der Schweiss- und Talgdrüsen	—	—	—	—	21	—	—	—	—	—	1	—	—	—	5	—	—	—	—	—	1	—	—	—
58. Furunculosis	3	—	2	1	29	—	—	—	—	—	16	—	6	—	30	—	—	—	8	—	—	—	4	1
59. Zellgewebsentz.	4	1	312	7	5	—	1	—	7	—	5	—	1	—	67	1	—	—	28	—	23	—	7	1
60. Zellgewebsverh.	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	1	—
61. Nabelentzündung	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
62. Ulcus cruris	—	—	59	—	3	—	5	—	5	—	7	—	—	—	31	—	—	—	16	—	5	—	—	—
63. Elephantiasis	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
B. Krankheit. der Muskeln u. Sehnen.																								
64. Muskelentzündung	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
65. Muskelrheumat.	197	—	18	—	—	—	2	—	30	—	73	—	16	—	2	—	18	—	—	—	11	—	—	—
66. Muskelentartung	6	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
67. Sehnenscheidenentzündung	—	—	24	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	12	—	—	—	5	—	1	—	1	—
C. Krankheiten der Knochen, Knorpel und Gelenke.																								
68. Knochen- und Knorpelentzündung	16	—	91	3	—	—	—	—	3	—	4	—	1	—	20	—	—	—	3	—	1	—	6	1
71. Chronischer Gelenkrheumatismus und Arthritis deformans	74	—	9	—	—	—	12	—	1	—	—	—	8	—	1	—	9	—	5	—	3	—	—	—

15 Mathilde v. Rothschild'sches Kinderhospital		16 Clementine Mädchenspital		17 Carolinum		18 Dr. Bockenheimer'sche Klinik		19 Frankf. Verein vom roten Kreuz		20 Zweigverein des Vaterländ. Frauenvereins		21 Diakonissen-Anstalt		22 Diakonissen- und Krankenheilanstalt des Bethanienvereins		23 Elisabethen-Krankenhaus der barmherzigen Schwestern		Diakonissenheim Bockenheim		St. Josephs-Krankenhaus		Gumpertz'sches Siechenhaus		Versorgungshaus		Jäger'sches Kindersiechenhaus		Privatklinik von Dr. Schild u. Dr. Bär		Genesungsstätte	
	†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—			—	—	—	—	—	—		
																				1										1	
										1	—	2	—																		
						21										1		1													
		1	—			4	—			2	—	6	—	3	—	10		1		2											
				3		9	—	3	—			4	—	8	—	48	1	2	—	21	1										
								2								9	—			1											
						17								2	—	8				6											
		2														9	—														
						54								1		11		5		2				1							
																				1											
						19	—							5	—	5		1		1				1							
				6	—	27						14	1	10		8		18	—	5		1									
						37						6	—	—		7		3		3		1		2							

Namen der Krankheiten	Städt. Krankenhaus: innere Abteilung 1	†	Städt. Krankenhaus: äussere Abteilung 2	†	Städt. Krankenhaus: Hautkr.-Abteilung 3	†	Städt. Siechenhaus 4	†	Städt. Krankenhaus Bockenheim 5	†	Frankensteiner Hof (Krankenstation) 6	†	Heiliggeist-hospital: innere Abteilung 7	†	Heiliggeist-hospital: äussere Abteilung 8	†	Bürger-hospital: innere Abteilung 9	†	Bürger-hospital: äussere Abteilung 10	†	Hospital der Israelit. Gemeinde 11	†	Dr. Christ's Kinderhospital 12	†
72. a) Verkrümmung der Wirbelsäule. Kyphose, Skoliose, Lordose	6	—	7	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	2	—
b) Platt-, Klump-, Spitzfuss, Genu valg., Bäckerbein etc.	—	—	62	—	—	—	—	—	—	—	1	—	6	—	13	—	2	—	8	—	7	—	6	—
D. Krankheiten des Blutes und d. blutbildenden Drüsen.																								
73. a) Chlorosis	110	1	11	—	—	—	—	—	—	—	3	—	43	—	—	—	23	—	—	—	42	—	—	—
b) Anaemia perniciosa	1	2	2	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	2	1	1	1	—	—	—	—
c) Leukaemie	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
74. Skorbut, Barlow'sche Krankheit, Blutfleckenkrankheit	3	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
75. Haemophilie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
76. Drüsenentzündung	3	—	69	—	—	—	1	—	9		—	—	7	—	22	—	—	—	4	—	8	—	11	—
E. Krankheiten d. Gefässystems.																								
78. Akute Endokard.	2	—	—	—	—	—	—	—	4	—	2	—	10	2	—	—	3	1	—	—	1	—	—	—
79. Perikarditis	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	1	1	—	—	1	1	—	—
80. Herzvergrösserung	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	1	—	—	2		—	—	—	—	—	—
81. Herzfehler: a) Herzklappenfehler	58	11	—	—	—	—	10	1	2	1	2	—	118	6	—	—	21	7	—	—	24	3	1	—
b) Angeborene Herzfehler	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
82. a) Myokarditis	23	3	1	—	—	—	8	4	1	1	—	—	26	8	—	—	23	6	—	—	8	4	—	—
b) Herzverfettung	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
85. Herzkrampf, Angina pectoris, Herzneurosen	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—

Mathilde v. Rothschild'sches Kinderhospital 15	†	Clementine Mädchenspital 16	†	Carolinum 17	†	Dr. Bockenheimer'sche Klinik 18	†	Frankf. Verein vom roten Kreuz 19	†	Zweigverein des Vaterl. Frauenvereins 20	†	Diakonissen-Anstalt 21	†	Diakonissen- und Krankenheilanstalt des Bethanienvereins 22	†	Elisabethen-Krankenhaus der barmherzigen Schwestern 23	†	Diakonissenheim Bockenheim 24	†	St. Josephs-Krankenhaus 25	†	Gumpertz'sches Siechenhaus 26	†	Versorgungshaus 27	†	Jäger'sches Kindersiechenhaus 28	†	Privatklinik von Dr. Schild u. Dr. Bar 29	†	Genesungsstätte Hohenwald 30	†
—	—	10	—	—	—	11	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—
2	—	20	—	7	—	17	—	—	—	—	—	10	—	1	—	1	—	1	—	10	—	—		—	—	—	—	—	—	—	—
22	—	11	—	—	—	27	—	—	—	1	—	11	—	3	—	1	—	8	—	4	—	—	—	—	—	7	—	—	—	16	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
6	—	—	—	1	—	11	—	—	—	—	—	10	—	25	—	11	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	6	1	—	—	3	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	1	—	—	—	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	6	1	—	—	—	—	—	—
—	—	5	1	—	—	37	18	—	—	3	1	5	1	3	1	13	1	3	—	5	—	—	—	3	—	—	—	—	—	11	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	2	1	—	—	—		1	—	—	—	5	1	—	—	1	1	—	—	1		1	
—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	2	—	1		—	—	—	—	—	—	—	—	—		—	—	—	—	—	—
—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—

Namen der Krankheiten	Städt. Krankenhaus						Städt. Siechenhaus		Städt. Krankenhaus Bockenheim		Frankensteiner Hof (Krankenstation)		Heiliggeist-hospital				Bürger-hospital				Hospital der israelit. Gemeinde		Dr. Christ's Kinderhospital		…
	Innere Abteilung		äussere Abteilung		Hautkr.-Abteilung								innere Abteilung		äussere Abteilung		innere Abteilung		äussere Abteilung						
	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		
		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†	
87. Arterienkrankheiten	13	1	2	2	—	—	6	1	1	—	3	—	11	—	—	—	14	4	—	—	3	—	—	—	—
88. Venenkrankh.	6	—	16	—	—	—	1	—	—	—	7	—	3	—	12	1	1	—	3	1	1	—	—	—	—
F. Krankheiten d. Nervensystems.																									
89. Meningitis	2	3	6	5	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2	1	1	—	—	1	—	—	—	2	2	—
90. Hydroceph. internus s. chron.	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	3	3
91. a) u. b) Akute Enkephalitis, Gehirnabszess	—	1	5	3	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1	1	—	—	1	1	1	—	2
92. Apoplex. cereb.	13	1	—		—		32	14	1	3	—	—	10	6	—	—	19	7	—	—	1	1	—	—	—
93. a) u. b) Erweichungsherde im Gehirn, Gehirnlähmung	9	—	1	—	—	—	22	7	—	1	—	—	—	—	1	1	4	1	—	—	—	—	—	—	—
94. Störungen der Blutfüllung	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
96. Geisteskrankh.	47	—	—	—	—	—	22	1	—	—	—	—	9	—	—	—	1	—	—	—	3	—	1	—	—
97. Paralysis agit.	—	—	—	—	—	—	4		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
98. a) Myelitis	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
b) Meningitis spinalis	—	—	—		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
100. a) u. b) Tabes dorsalis, Friedreichsche Krankheit	8				—	—	25	4	—	1	1	—	6	—	1	—	4	1	—	—	—	—	—	—	—
101. a) Kinderlähm.	1	—	1							—			—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	2
b) Sonstige Rückenmarklähmungen	—	—				—	9	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
102. Progressive Muskelatrophie	—	—	—			—	1	1	—	—	—	—	—		—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	1
104. Mult. Sklerose	1	—	—		—	—	15	2	—	—	—		1	1		—	1		—	—	—	—	—	—	1
105. Multiple Neurit.		—	—	—	—	—	3	—	1	—	1	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—
106. Neuralgie (Ischias etc.)	81	—	2	—	—	—	1	—	5	—	7	—	16	—	1	—	6	—	—	—	9			—	—

Mathilde v. Rothschild'sches Kinderhospital		Clementine Mädchen-spital		Carolinum		Dr. Bockenheimer'sche Klinik		Frankf. Verein vom roten Kreuz		Zweigverein des Vaterländ. Frauenvereins		Diakonissen-Anstalt		Diakonissen- und Krankenheilanstalt des Bethanienvereins		Elisabethen-Krankenhaus der barmherzigen Schwestern		Diakonissenheim Bockenheim		St. Josephs Krankenhaus		Gumpertz'sches Siechenhaus		Versorgungshaus		Jäger'sches Kindersiechenhaus		Privatklinik von Dr. Schild u. Dr. Bär		Genesungsstätte	
15		16		17		18		19		20		21		22		23		24		25		26		27		28		29		30	
	†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		
—	—	—	—	—	—	9	—	—	—	—	—	3	—	3	—	7	—	—	—	—	—	4	—	5	—	—	—	—	—	—	
—	—	—	—	—	—	12	—	1	1	2	—	3	—	2	—	3	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
—	—	—	—	—	—	4	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	
—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	
—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
—	—	1	—	—	—	4	2	—	—	—	—	2	—	2	1	4	—	—	—	2	—	3	—	5	1	—	—	—	—	—	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—	1	1	1	—	1	—	—	—	3	—	7	3	—	—	—	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
—	—	1	—	—	—	5	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	
—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	—	1	—	15	—	1	—	1	—	—	—	2	—	—	—	1	—	2	

Namen der Krankheiten	Städt. Krankenhaus: Innere Abteilung		Städt. Krankenhaus: Äussere Abteilung		Städt. Krankenhaus: Hautkr.-Abteilung		Städt. Siechenhaus		Städt. Krankenhaus Bockenheim		Frankensteiner Hof (Krankenstation)		Heiliggeist-hospital: Innere Abteilung		Heiliggeist-hospital: Äussere Abteilung		Bürger-hospital: Innere Abteilung		Bürger-hospital: Äussere Abteilung		Hospital der israelit. Gemeinde		Dr. Christ's Kinderhospital		
	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		
		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†	
107. Lähmungen der periph. Nerven	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	2	—	—	—	1	—	—	—	2	—	—	—	—
109. Migräne			—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—
110. a) Epilepsie	27	1	—	—	—	—	13	—	—	—	6	—	14	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1
b) Chorea	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	5
c) Sonst. Krämpfe, Tetanie, Eklampsie d. Kind. etc.	9	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	2	2	3	2	2
111. a) Neurasthenie	103	—	—		—	—	—	—	2	—	7	—	23	—	—	—	12	—	—	—	8	—	—	—	—
b) Hysterie	79		6	—	—	—	12	—	—	—	1	—	45	—	—	—	11	—	1	—	26	—	1	—	—
d) Beschäftigungsneurose (Schreibkr.)	—	—	—		—	—	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
112. Basedowsche Krankheit	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
6. Krankheiten des Ohres																									
113. a) Erkrankungen d. äuss. Ohres	1	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
b) Erkrankungen des Trommelfells u. mittleren Ohres	1	—	23	1	—	—	—	—	—	—	1	—	10	—	10	—	—	—	3	—	8	—	1	—	2
c) Erkrankung d. inneren Ohres	—	—	—		—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	3	—	3
H. Krankheiten des Auges																									
114. a)—c) Erkrank. d. Augenlid. u. d. Bindehaut	7	—	11	—	—	—	2	—	—	—	1	—	2	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
d) Erkrankungen d. Lederhaut u. der Hornhaut	—		15	—	—	—	2	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	1
e)—p) Sonstige Augenkrankh.	—	—	18	—	—	—	9	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	1

Mathilde v. Rothschild'sches Kinderhospital		Clementine Mädchen-spital		Carolinum		Dr. Bockenheimersche Klinik		Frankf. Verein vom roten Kreuz		Zweigverein des Vaterländ. Frauenvereins		Diakonissen-Anstalt		Diakonissen- und Krankenheilanstalt des Bethanienvereins		Elisabethen-Krankenhaus der barmherzigen Schwestern		Diakonissenheim Bockenheim		St. Josephs Krankenhaus		Gumpertz'sches Siechenhaus		Versorgungshaus		Jäger'sches Kindersiechenhaus		Privatklinik von Dr. Schild u. Dr. Bär		Genesungsstätte Hohenwald	
15		16		17		18		19		20		21		22		23		24		25		26		27		28		29		30	
	†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†
1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
—	—	1	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	3	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—
2	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	1	—	—	—	3	—	—	—	7	—	1	—	2	—	3	—	4	—	5	—	—	—	—	—	—	—	6	—	23	—
1	—	3	—	—	—	3	—	1	—	—	—	3	—	2	—	3	—	1	—	3	—	1	—	—	—	—	—	—	—	14	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	2	—
—	—	1	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1	—	6	—	5		6	—	5	—	10	—	5	—	1	—	3	—	67	1	2	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—
—	—	—	—	—	—	—	—	22	—	1	—	11	—	8	—	1	—	3	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1	—	1	—	—	—	21	—	1	—	1	—	—	—	4	—	51	—	1	—	1										—	
—	—	12	—	—	—	13	—	—	—	1	—	—	—	—	—	36	—	2	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	12	—	3	—	2	—	6	—	10	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Namen der Krankheiten	Stadt. Krankenhaus innere Abteilung 1	†	äussere Abteilung 2	†	Hautkr.-Abteilung 3	†	Stadt. Siechenhaus 4	†	Stadt. Krankenhaus Bockenheim 5	†	Frankensteiner Hof (Krankenstation) 6	†	Heiliggeisthospital innere Abteilung 7	†	äussere Abteilung 8	†	Bürgerhospital innere Abteilung 9	†	äussere Abteilung 10	†	Hospital der israelit. Gemeinde 11	†	Dr. Christ's Kinderhospital 12	†
J. Krankheiten d. Respirationsorg.																								
115. Krankheiten der Nase u. Nebenhöhlen	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	20	—	—	—	—	—	4	—	7	—	4	—
116. Kehlkopfentz.	55	—	1	—	—	—	—	—	2	—	9	—	25	—	—	—	7	—	—	—	4	—	1	—
117. Stimmritzenkr.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	1
118. Kehlkopf- u. Luftröhren-Vereng.	5	—	9	1	—	—	—	—	22	—	—	—	7	1	—	—	—		—	—	—	—	—	—
119. Luftröhrenkat.	—	—	—	—		—	—	—	—	—	—	—	16	—	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—
120. Akute Bronchit.	163	—	3	—	—	—	4	—	24	2	36	—	143	—	3	—	—	—		—	7	—	12	3
121. Chron. Bronchit.	17	—	—	—	—	—	5	—	—	—	23	—	56	—	4	—	8	—	—	—	4	—	15	—
122. Lungenentzünd. a) Fibrinöse	95	39	7	—	—	—	1	—	—	—	3	—	33	6	—	—	23	9	—	—	15	3	7	—
b) Katarrhalische (Bronchopneumonie)	5	1	—	—	—	—	1	—	7	3	—	—	15	5	—	—	3	1	—	—	7	2	46	22
123. Staubkrankheit	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
126. Lungenemph.	36	2	—	—	—	—	16	—	2	2	8	—	45	—	—	—	16	2	—	—	—	—	1	—
127. a) Lungenabszess	1	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
b) Lungengangrän	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2	—	—	—	—	—	—
129. a) Brustfellentzündung: α) seröse	14	—	3	—	—	—	6	2	1	1	1	—	30	—	—	—	19	2	—	—	8	—	1	—
β) eitrige	4	1	8	2	—	—	—		—	—	—	—	—	—	6	—	1	—	1	1	4	1	2	—
γ) trock. od. ohne näh. Angabe	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
K. Krankh. d. Verdauungsapparate																								
130. Krankheiten der Mundhöhle	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	9	—	19	—	1	—	1	—	5	—	7	—	5	—
131. Halsentzünd.	190	2	28	1	—	—	2	—	12	—	9	—	168	—	7	—	19	—	—	—	61	—	31	—
132. Krankheiten der Speicheldrüsen	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
133. Krankheiten der Speiseröhre	—	—	3	—		—	—	—	—	—	—	—	4	2	—	—	—	—	—		—	—	—	—

	Mathilde v. Rothschild'sches Kinderhospital		Clementine Mädchenspital		Carolinum		Dr. Bockenheimer'sche Klinik		Frankf. Verein vom roten Kreuz		Zweigverein des Vaterländ. Frauenvereins		Diakonissen-Anstalt		Diakonissen- und Krankenheilanstalt des Bethanienvereins		Elisabethen-Krankenhaus der barmherzigen Schwestern		Diakonissenheim Bockenheim		St. Josephs Krankenhaus		Gumpertz'sches Siechenhaus		Versorgungshaus		Jäger'sches Kindersiechenhaus		Privatklinik von Dr. Schild u. Dr. Bär		Genesungsstätte Hohenwald	
	15		16		17		18		19		20		21		22		23		24		25		26		27		28		29		30	
		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†
	2						6		20	7			4		2				4													
			1				17						1		1				1		1										2	
									5										2													
							82												2													
	4		4										14		4		10		1		1				10						19	
			2				6										21		4		2				11	2					4	
			2								2		2				14	1	3	1	2	1			2	2					3	
			1				9	2											4						5	3						
							5						3	1			23				1	1			5						2	
													1	1					1													
			1				5				1		4		1		8				5				1	1					8	
			1		3		1				1	1	3				1				1											
																			2													
			10				42						1		1		1		8		3				1						1	
	6		7						4				13		4		13		7		11										2	
					1				1																							
															3				1													

Namen der Krankheiten	Städt. Krankenhaus: Innere Abteilung (1)	†	Städt. Krankenhaus: Äussere Abteilung (2)	†	Städt. Krankenhaus: Hautkr.-Abteilung (3)	†	Städt. Siechenhaus (4)	†	Städt. Krankenhaus Bockenheim (5)	†	Frankensteiner Hof (Krankenstation) (6)	†	Heiliggeist-hospital: Innere Abteilung (7)	†	Heiliggeist-hospital: Äussere Abteilung (8)	†	Bürger-hospital: Innere Abteilung (9)	†	Bürger-hospital: Äussere Abteilung (10)	†	Hospital der israelit. Gemeinde (11)	†	Dr. Christ's Kinderhospital (12)	†
134. Magenkrankh.:																								
a) Magenkat.	154	7	11	—	—	—	2	—	16	1	7	—	49	—	—	—	11	—	—	—	8	—	—	—
c) Magengeschwür	15	1	8	2	—	—	3	—	1	—	—	—	32	—	2	2	7	—	—	—	—	—	—	—
d)–g) Sonstige	12	—	3	—	—	—	—	—	—		—	—	12	1	—	—	—	—	—	—	7	—	1	—
135. Darmkrankh.:																								
a)—c) Darmkat. Magendarmk.	104	14	10	—	—	—	5	—	1	—	3	—	34	—	—	—	11	1	—	—	20	—	67	3
d) Darmträgh.	42	—	5	—	—	—	5	—	1	—	2	—	16	—	11	—	1	—	—	—	6	—	—	—
137. Blinddarmentz.	31	—	140	23	—	—	—	—	4	—	—	—	16	—	49	2	4	—	27	7	18	1	3	—
138. Darmverschluss u. Verengung	3	—	3	2	—		—	—	—	—	—	—	—	—	3	1	—	—	2	1	—	—	1	1
140. Mastdarmerkr.	3	—	24	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	—	8	—	2	—
141. Darmfistel	—	—	13	1	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	2	—	—	—	8	—	4	—	—	—
142. Brüche	3	—	75	4	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	24	5	—	—	8	—	15	1	2	1
143. Bauchfellentz.	4	1	11	4	—		—	—	—	1	—	—	17	5	7	2	3	2	1	1	—	—	1	1
144. a) u. b) Hepatitis und Pylephlebitis	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
c) Akute Leberatrophie	1	2	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
d) Lebercirrh.	6	2	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	4	1	1	1	7	5	—	—	—	—	—	—
145. Ikterus	19	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	—	—	—	4	—	—	—	1	—	—	—
147. Cholelithiasis	3	—	23	5	—	—	3		—	—	—	—	12	—	5	1	6	—	1	—	6	1	—	—
148. Erkrankungen d. Pankreas	—	—	1	1	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
L. Krankheiten der Harnorgane																								
149. Nierenentzünd.	52	11	4	1	—	—	5	1	2	1	—	—	21	2	3	1	13	4	—	—	9	3	4	—
150. a) Pyelitis, Pyelonephritis	1	—	2	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—
b) Hydronephr.	—	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
c) Nierenvereit.	—	—	4	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	1	—	—	—
151. Lithiasis	15	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
152. Wanderniere	4	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	4	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—
153. Uraemia	—	—	—	—	—			—	—	—	—	—	3	2	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—
154. Entz. u. Lähm. d. Harnwege	23	—	7	—	—	—	3	—	—	—	1	—	18	—	4		1	—	6	1	0	—	—	—

Rothschild'sche Stiftung		Mathilde v. Rothschild'sches Kinderhospital		Clementine Mädchenspital		Carolinum		Dr. Bockenheimersche Klinik		Frankf. Verein vom roten Kreuz		Zweigverein des Vaterländ. Frauenvereins		Diakonissen-Anstalt		Diakonissen- und Krankenheilanstalt des Bethanienvereins		Elisabethen Krankenhaus der barmherzigen Schwestern		Diakonissenheim Bockenheim		St. Josephs-Krankenhaus		Gumpertz'sches Siechenhaus		Versorgungshaus		Jägersches Kindersiechenhaus		Privatklinik von Dr. Schild u. Dr. Bär		Genesungsstätte Hohenwald	
14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24		25		26		27		28		29		30	
	†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†
	–	1	—	1	—	—	—	43	—	—	—	4	—	13	—	2	—	28	—	6	—	4	–	–	—	6	–	–	–	–	–	8	–
	—		–	—	—	—	—	3	—	3	—	2	—	10	—	17	1	8	—	6		1	1	1	—	1	—	—	—	—	—	7	
	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	1	—	7	—	9	1			3	—	4	—	—	—	—		—	–	—	—	–	–
2	—	–	—	6	1	—		28	—	–	—	4	—	8	—	11	—	14	—	4	—	3	—	—	–	6	–	1	—	–	—	3	–
	—	–	—	–	—	—	—	—	–	—	—	–	—	6	–	—	–	8	–	–	–	1	—	—	—	—		—	—	–	–	–	
7	—	1	—	—	—	4	–	13	—	24	—	24	4	17	2	31	3	15	—	18	—	72	3	—	–	—	—	—	—	—	—	7	—
6	1	—	—	—	—	—	—	—		–	–	2	—	1	1	3	1	1	1	3	2	1	—	—	–	—	—	—	—	—	—	—	–
0	1	—	—	—	—	1	—	—	–	1	—	7	—	5		22	1	2	–	—	—	4		–	–	—			–	–	—	–	–
8	—	–	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	1	—	4			—	—	–	–	—	—	—	–	—
1	1	—	—	–	—	6	—	14	—	5	—	6	1	17	2	22	1	18	—	5	—	25	—	2	—	–	—	2	—	—	—	—	–
—	—	—	—	1	1	1	1	4	3	6	1	1	—	—	—	—	—	4	—	2		—	—	–		—	—	—	—	—	–	1	–
—	—	–	—	—	–	—	–	—	—	—	—	—	–	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	–	—	—	–	—	—	—	—	–	–	—	—	—	–	—	—	—	—	—		–	—	–	–	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	–	—					—	—	—	—	—	–	—	–
—	—	–	—	—	—	—	–	4	—	—	—	—	–	–	—	2	1	—	—	1	—	1			–	—		—	—	—	—	—	
5	—	—	—	—	—	1	—	4	—	—	—	7	1	13	3	7	1	4	–	2	—	5	1	—	—	—	–	–	—	—	—	1	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	–	—	—	—	—	–	–	1	1	—		—	–	—	–		–	—	—	—	—	–	—	—	—
3	—	1	—	4	1	—	—	15	1	—	–	3	—	2	—	4	—	7	2	—	—	6	–	1	1	1	1	1	—	—	—	1	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	2	–	2	—	–	—	—	—	2	–	–	–	1	1	—	–	–	—	–	–
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	–	—	—	—	—	1	—	—	—	—	–	1	—	–	—	—	—	—	—	—	—	–	–
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	–	—	—	–	—	2	–	1	–	1	—	1	–	–		—	—	—	—	–	—	–	–
2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	–	—	–	—	—	3	—	—	—	—	–	1	—	—	—	–	—	—	—	—	–	–	–
–	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	–	1	—	—	—	3	—	—	—	—	–	3	–	—		–	—	—	—	—	—	1	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	–	—	—	—	–	–	—	1	1	—	—	2	2	—	—	1	1	—		—			
5	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	1	—	2	—	7	–	3		2	—	–	—	—	—	4	1	—	—	—	—		–

Namen der Krankheiten	Städt. Krankenhaus: innere Abteilung (1)	†	Städt. Krankenhaus: äussere Abteilung (2)	†	Städt. Krankenhaus: Hautkr.-Abteilung (3)	†	Städt. Siechenhaus (4)	†	Städt. Krankenhaus Bockenheim (5)	†	Frankensteiner Hof (Krankenstation) (6)	†	Heiligegeist-hospital: innere Abteilung (7)	†	Heiligegeist-hospital: äussere Abteilung (8)	†	Bürger-hospital: innere Abteilung (9)	†	Bürger-hospital: äussere Abteilung (10)	†	Hospital der Israelit. Gemeinde (11)	†	Dr. Christ's Kinderhospital (12)	†	[illegible]
M. Krankheiten der Geschlechtsorgane. (Gonorrhoe etc. b. 23.) (Geschwülste bei 56.)																									
Männliche:																									
155. Phimose, Paraphim, Balanit.		—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	1	—	5
156. Epispadie, Hypospadie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
157—160. Alle sonst	2	—	23	2	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	5	—	1	—	5	1	2	—	2	1	—
Weibliche:																									
162. Krankh. d. Vulv.	1	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	3	—	3	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
163. a) Menstruationsanomal.		—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	12	—	2	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—
b) Parametritis	12	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	11	—	2	—	3	—	1	—	3	—	—	—	—
165. Gebärmutterentz. ausserhalb d. Geburt und des Wochenbettes	8	—	20	—	—	—	—	—	3	—	—	—	16	—	2	—	2	—	2	—	6	—	—	—	—
166. Gebärmutterblutung ausserh. d Wochenbettes	1	—	16	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
167 Lageveränderung d. Gebärmutter	7	—	14	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	11	—	—	—	1	—	4	—	—	—	—
168. a) Eierstocksentzündung	—	—	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
b) Tubenentz.	1	—	47	8	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—
170 u. 171 Schwangerschaft u. Störung derselben	11	—	18	1	—		—	—	—	—	—	—	8	—	6	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—
173 u. 174. Frühgeb., Fehlgeburt	1	—	42	—	—		—	—	—		—	—	15	—	10	—	—	—	9	—	2	—	—	—	—
175 Erkrankungen der Brüste	—	—	10	—	—	—	—		—		—		—		6	—	—	—	3	—	2	—	—	—	—
176 Sonst. od. unbekannte Krankh.	—	—	54	—	149	—	—	—	—	—	2	—	6	—	—	—	2	—	13	—	1	—	4	—	2

Mathilde v. Rothschild'sches Kinderhospital 15		Clementine Mädchen-spital 16		Carolinum 17		Dr. Bockenheimer'sche Klinik 18		Frankf. Verein vom rothen Kreuz 19		Zweigverein des Vaterländ. Frauenvereins 20		Diakonissen-Anstalt 21		Diakonissen- und Krankenheilanstalt des Bethanienvereins 22		Elisabethen-Krankenhaus der barmherzigen Schwestern 23		Diakonissenheim Bockenheim 24		St. Josephs Krankenhaus 25		Gumpertz'sches Siechenhaus 26		[illegible] 27		Jäger'sches Kindersiechenhaus 28		Privatklinik von Dr. [illegible] 29		Genesungsheim [illegible] 30	
	†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†
—	—	—	—	—	—	12	—	—	—	—	—	—	—	5	—	2	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	3	—	2	—	10	—	11	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	6	—	3	—	3	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	5	—	—	—	—	—	1		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	2	—	6	—	4	—	3	—	—	—	9	—	4	—	—	—	1		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	24	—	91	—	30	—	10	—	60	—	4	—	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
—	—	—	—	1	—	—	—	6	—	18	—	—	—	2	—	3	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—
—	—	—	—	3	—	3	—	68	—	33	—	2	—	15	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	
—	—	—	—	—	—	—	—	44	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	1	1	—	—	1	—	3	—	3	—	6	—	1	—	3	—	1		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	2	—	6	—	80	—	2	—	—	—	11	1	2	—	5	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
—	—	—	—	6	1	—	—	60	—	15	—	11	—	14	—	3	1	1	—	1		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	3	—	2	—	—	—	—	—	8	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1	—	—	—	—	—	194	6	—	—	2	1	9	—	7	—	2	2	—	—	1		—	—	—	—	—	—	—	—	10	—

Uebersicht

über die in den allgemeinen Krankenanstalten und chirurgischen Kliniken ausgeführten Operationen

vom 1. Januar 1905 bis 31. Dezember 1905.

	Städt. Krankenhaus äussere Abteilung	Heiliggeisthospital äussere Abteilung	Bürgerhospital äussere Abteilung	Hospital der Israelit. Gemeinde	Christsches Kinderhosp.	Neufvillesche Stiftung	Clementine Mädchen-Spital	Dr. Bockenheimersche chirurg. Klinik	Frankfurter Verein vom roten Kreuz	Vaterländisch. Frauen-Verein	Diakonissenanstalt	Diakon.-u. Krankenheil-Anst. d. Bethan.-Vereins	Elisab.-Krankenhaus d. barmherz. Schwestern	St. Josephskrankenhaus	Privatkl. v. Prof. Rehn	Karolinum
I. Amputationen:																
1. der oberen Extremität	4	1	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	2	1	1
2. der unteren "	15	4	2	—	—	—	3	5	1	1	4	1	1	—	1	1
3. von Fingern oder Zehen	—	19	3	—	—	—	—	7	—	—	3	2	5	8	—	—
II. Exartikulationen:																
1. der oberen Extremität	2	1	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—
2. der unteren "	4	3	2	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1
3. von Fingern oder Zehen	10	4	2	—	3	—	—	—	—	—	1	—	8	5	—	2
III. Resektionen:																
1. der Gelenke	18	4	1	—	17	5	2	9	3	—	3	3	—	1	2	1
2. der Kontinuität	20	9	4	2	1	14	1	—	—	2	4	1	—	2	—	—
III a. Arthrotomien u. Arthrektomien	6	—	4	1	3	2	1	—	—	—	—	2	—	—	—	4
III b. Sehnenplastik	2	—	—	—	—	2	2	5	—	—	—	—	—	8	—	2
IV. Aufmeisselungen (Osteotomie, Nekrotomie):																
1. a) der Knochen des Schädels	14	3	3	2	3	4	3	—	16	11	14	11	1	2	—	8
b) der Knochen des Gesichts	6	—	2	1	1	—	—	—	—	11	2	1	—	1	—	—
2. der Knochen der oberen Extremitäten	1	—	1	—	—	1	3	3	—	1	—	1	1	11	2	—
3. der Knochen der unteren Extremitäten	19	1	3	2	4	—	11	1	1	—	4	1	4	3	1	2
4. der Wirbelsäule, Brust, Becken	1	—	1	—	—	—	4	—	—	2	—	—	1	—	—	—
V. Osteoplastische Operationen (einschliessl. Redressement)	4	2	1	1	2	17	9	—	—	—	15	—	—	26	—	1
VI. Einrenkungen:																
1. kongenital:																
a) obere Extremität	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
b) untere "	3	—	—	2	—	1	2	—	—	—	1	—	—	3	—	3

	Städt. Krankenhaus äussere Abteilung	Heiliggeisthospital äussere Abteilung	Bürgerhospital äussere Abteilung	Hospital der israelit. Gemeinde	ChristschesKinderhosp.	Neufvillesche Stiftung	Clementine Mädchen-Spital	Dr. Bockenheimersche chirurg. Klinik	Frankfurter Verein vom roten Kreuz	Vaterländisch. Frauen-Verein	Diakonissenanstalt	Diakon.-u. Krankenheil-Anst. d. Bethan.-Vereins	Elisab.-Krankenhaus d. barmherz. Schwestern	St. Josephskrankenhaus	Privatkl. v. Prof. Rehn	Karolinum
2. erworben:																
a) obere Extremität	17	5	10	1	1	—	—	10	—	—	—	—	7	—	—	—
b) untere „	1	1	2	—	—	—	—	4	—	—	1	—	22	—	—	—
VII. Exstirpationen:																
A. von Geschwülsten:																
a) bösartigen:																
1. des Schädels	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
a) extrakraniell	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	1	—	2
b) intrakraniell	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2. des Gesichts	13	3	—	—	—	—	—	2	—	1	1	2	—	2	2	4
3. des Halses	10	—	2	2	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—
4. des Brustkorbes und seiner Bedeckungen	7	1	10	4	—	—	—	4	3	—	4	8	3	9	6	2
5. der Bauchdecken	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
6. der Bauchorgane (ausser Geschlechtsorganen)	7	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—	3	1
7. der Geschlechtsorgane	4	1	—	1	—	—	—	4	24	—	1	10	—	2	—	3
8. der Harnorgane	3	—	—	—	1	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—
9. der Extremitäten	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—
10. Multiple Geschwülste u. sonstiges	—	—	—	—	—	—	—	13	—	7	—	—	—	—	—	2
b) gutartigen:																
1. des Schädels	1	—	—	—	—	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—
a) extrakraniell	—	1	—	1	—	4	—	6	—	—	2	1	—	8	2	—
b) intrakraniell	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2. des Gesichts	6	2	5	3	—	—	1	3	—	—	6	—	—	2	—	1
3. des Halses	2	2	—	6	—	—	—	27	—	—	—	14	2	5	10	—
4. des Brustkorbes u. seiner Bedeckungen	3	1	2	2	1	—		—	—	3	—	4	2	7	—	—
5. der Bauchdecken	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	3	—	—
6. der Bauchorgane (ausser Geschlechtsorganen)	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	4	—	—	—	—
7. der Geschlechtsorgane	5	2	—	5	—	—	—	4	44	3	2	34	—	2	—	2
8. der Harnorgane	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
9. der Extremitäten	3	—	2	7	—	2	—	—	—	1	3	1	—	12	—	—
10. Multiple Geschwülste u. sonstiges	—	—	—	—	—	—	—	29	—	—	—	—	—	3	—	—

	Städt. Krankenhaus äussere Abteilung	Heiliggeisthospital äussere Abteilung	Bürgerhospital äussere Abteilung	Hospital der israelit. Gemeinde	Christsches Kinderhosp.	Neufvillesche Stiftung	Clementine Mädchen-Spital	Dr. Bockenheimersche chirurg. Stiftung	Frankfurter Verein vom roten Kreuz	Vaterländisch. Frauen-Verein	Diakonissenanstalt	Diakon.- u. Krankenheil-Anst. d. Bethan.-Vereins	Elisab.-Krankenhaus d. barmherz. Schwestern	St. Josephskrankenhaus	Privatkl. v. Prof. Rehn	Karolinum
B. von Organen (auch einzelner Teile derselben):																
1. Auge	1	—	—	6	—	1	—	1	—	—	3	—	—	1	—	—
2. Schilddrüse	8	5	1	—	—	1	—	—	5	2	1	3	—	—	7	2
3. Niere	2	2	—	1	—	—	—	1	5	1	—	2	—	—	2	—
4. Milz	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
5. Uterus	4	2	1	—	—	—	—	1	33	—	5	10	2	—	—	—
6. Ovarien nebst Adnexen	53	4	4	—	—	—	—	—	46	—	2	21	1	—	—	2
7. Hoden	2	—	—	1	—	—	—	1	—	—	4	5	3	1	2	—
8. Drüsen	27	6	14	—	15	23	7	34	6	5	11	25	—	9	10	9
9. Sonstige	17	7	—	22	—	—	12	—	—	—	—	—	—	3	—	—
VIIa. Fixation mobiler Organe:																
1. Niere	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	2	—	1	1	—
2. Uterus	4	3	—	1	—	—	—	—	22	—	—	3	—	—	—	2
VIII. Laparatomien (ausser Geschwulstexstirpationen): (Siehe auch VII. A. No. 6 u. VII. B. No. 4—6.)																
1. wegen Gallensteinen oder Leberleiden	20	4	—	3	—	—	—	—	—	6	9	7	1	2	5	1
2. wegen Magen- u. Darmleiden:																
a) Resektionen	16	—	—	—	—	—	—	2	3	—	2	—	—	1	2	—
b) Operation von Anastomosen	6	3	—	—	—	1	—	—	—	2	—	6	—	1	3	2
3. zur Anlegung oder Schliessung von Fisteln	12	1	3	1	—	1	—	1	1	1	2	3	—	4	1	—
4. wegen Verletzung oder Entzündung	10	4	3	—	—	—	—	7	—	—	4	—	—	—	—	2
5. Ileus	6	1	—	—	—	2	—	1	—	2	4	—	—	2	—	—
6. Operation von Hernien a) eingeklemmt																
1. Nabel	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—
2. Leisten- und Schenkelbrüche	14	6	2	3	—	—	—	11	—	2	5	3	1	4	1	—
3. Sonstige	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—

	Städt. Krankenhaus äussere Abteilung	Heiliggeisthospital äussere Abteilung	Bürgerhospital äussere Abteilung	Hospital der israelit. Gemeinde	ChristschesKinderhosp.	Neufvillesche Stiftung	Clementine Mädchen-Spital	Dr. Bockenheimersche chirurg. Klinik	Frankfurter Verein vom roten Kreuz	Vaterländisch. Frauen-Verein	Diakonissenanstalt	Diakon. u. Krankenheil-Anst. d. Bethan.-Vereins	Elisab.-Krankenhaus d. barmherz. Schwestern	St. Josephs-Krankenhaus	Privatkl. v. Prof. Rehn	Karolinum
b) nicht eingeklemmt:																
1. Nabel	5	—	—	—	—	31	—	—	3	1	1	1	1	1	—	1
2. Leisten- und Schenkelbrüche	50	5	—	3	—	23	—	—	3	3	12	12	6	21	2	5
3. Sonstige	5	—	—	3	—	2	—	—	—	—	1	5	—	2	—	—
7. Explorative u. sonstige	19	12	2	8	2	3	2	—	—	4	3	6	1	8	—	—
VIIIa Appendizitis-Operationen:																
1. bei akuter Entzündung:																
a) mit Entfernung des Wurmfortsatzes	105	33	13	8	2	21	—	3	22	13	5	2	1	37	13	2
b) ohne Entfernung des Wurmfortsatzes	2	3	3	—	—	—	—	3	—	—	—	3	8	6	2	1
2. während des Intervalls	23	5	3	7	—	3	—	—	—	9	9	16	1	25	9	1
IX. Repositionen:																
a) von Hernien	—	7	5	—	3	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—
b) Paraphimose	—	—	1	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—
X Entfernung von Fremdkörpern:																
1. Kopf-, Brust- u. Bauchhöhle	5	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2. Auge	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3. Ohr und Nase	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
4. Extremitäten	20	4	—	8	—	—	—	—	—	—	1	1	—	11	1	—
5. Sonstige	1	—	1	—	—	—	—	35	—	—	—	—	1	—	—	—
XI Punktionen:																
1. Gelenke	7	11	—	3	—	1	25	8	—	—	—	2	—	15	—	—
2. Brusthöhle (auch Pleurotomie)	8	8	—	5	2	3	2	7	—	1	1	—	1	—	2	2
3. Bauchhöhle	—	—	—	2	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	1
4. Hydrozele	—	3	—	1	—	3	—	13	—	—	—	—	—	3	7	
5. Sonstige	1	—	—	3	—	12	—	—	—	—	—	—	—	11	—	—
XII. Spaltungen:																
1. von Abszessen, Furunkeln etc. (z. T. mit Auslöffelung	298	100	14	127	13	17	10	256	—	5	10	18	71	67	15	5
2. Fisteln	12	5	12	—	—	3	3	—	1	1	—	11	3	2	—	—
3. Hydrozele	8	—	—	1	—	1	—	7	—	1	—	5	1	2	2	
4. Phimose	2	—	1	1	2	9	—	11			—	2	6	17	11	
5. Sonstige	10	3	—	11	—	1	—	8	—	—	—	—	—	—	—	2

	Städt. Krankenhaus äussere Abteilung	Heiliggeisthospital äussere Abteilung	Bürgerhospital äussere Abteilung	Hospital der israelit. Gemeinde	Christ'sches Kinderhosp.	Neufville'sche Stiftung	Clementine Mädchen-Spital	Dr. Bockenheimer'sche chirurg. Klinik	Frankfurter Verein vom roten Kreuz	Vaterländisch. Frauen-Verein	Diakonissenanstalt	Diakon.-u. Krankenheil-Anst. d. Bethan. Vereins	Elisab.-Krankenhaus d. barmherz. Schwestern	St. Josephskrankenhaus	Privatkl. v. Prof. Rehn	Karolinum
XIII. Auslöffelung u. Kauterisationen:																
1. von Geschwüren	7	2	4	5	10	9	11	17	90	2	16	—	9	5	3	3
2. von Geschwülsten	4	—	—	9	—	—	—	2	—	1	—	—	1	2	—	—
3. von Knochen	23	16	6	9	—	—	—	7	—	—	12	2	—	3	—	10
XIV. Nähte oder Unterbindungen:																
1. Weichteile	2	50	6	20	15	4	—	109	—	1	—	—	35	4	5	—
2. Knochen	10	—	—	—	—	1	—	1	—	—	2	1	—	—	—	—
3. Sehnen oder Nerven	14	2	4	—	—	—	—	—	—	—	3	1	—	3	1	—
4. Unterbindungen grosser Gefässe in der Kontinuität (Aneurysma- Venektasien etc.)	20	9	2	4	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—
XV. Plastische Operationen:																
1. kosmetische	3	1	—	1	—	1	—	4	—	—	2	—	—	—	—	—
2. funktionelle	3	2	1	3	—	1	—	—	—	—	4	—	6	1	—	1
3. wegen Missbildungen: a) Hasenscharten und Wolfsrachen	4	—	—	1	2	1	—	—	—	1	—	—	—	1	2	—
b) der Vesiko-Genital-Organe	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	10	1	—	1	-	1
c. Sonstige	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—
XVa. Transplantationen	9	1	3	—	2	—	—	—	—	1	2	—	—	—	—	—
XVI. Nervenresektionen	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
XVII. Tenotomien und Myotomien	6	—	—	1	—	2	3	18	—	—	—	—	—	2	4	—
XVIII. Zahnextraktionen	11	50	5	6	—	—	—	87	—	—	—	1	—	30	—	—
XIX. Operation von Blasensteinen:																
1. mit Eröffnung der Blase	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—
2. Endovesikal	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—
XX. Tracheotomien	13	1	—	—	9		—	5	12	—	-	—	—	—	—	—
XXI. Hämorrhoidaloperationen	11	1	4	10	—	—	—	1	2	4	4	4	1	4	7	—
XXII. Sonstiges	25	10	20	16	1	2	—	—	—	13	1	12	—	27	5	—

Uebersicht

über die in den **Frankfurter Entbindungs-Anstalten** behandelten Personen

vom 1. Januar 1905 bis 31. Dezember 1905

Kindslage	Städtische Entbindungs-Anstalt							Dr. Christsche u. v. Mühlensche Entbindungs-Anstalt							Dr. Neubürgers Entbindungs-Anstalt						
	Verlauf der Entbindung							Verlauf der Entbindung							Verlauf der Entbindung						
	Normaler Verlauf	Gestörter Verlauf	Mutter		Kind		Sa.	Normaler Verlauf	Gestörter Verlauf	Mutter		Kind		Sa.	Normaler Verlauf	Gestörter Verlauf	Mutter		Kind		Sa.
			lebend	tot	lebend	tot				lebend	tot	lebend	tot				lebend	tot	lebend	tot	
1. Hinterhauptlage	414	65	477	2	444	35	479	232	14	246	—	240	6	246	159	6	165	-	161	4	165
2. Vorderhauptlage	1	2	3	—	2	1	3	1	—	1	—	1	—	1	6	—	6	—	6	—	6
3. Stirnlage	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
4. Gesichtslage	2	—	2	—	1	1	2	2	—	2	—	1	1	2	—	—	—	—	—	—	—
5. Beckenendlage	8	8	16	—	10	6	16	8	1	9	—	7	2	9	1	—	1	—	1	—	1
6. Querlage	—	5	5	—	1	4	5	—	4	4	—	3	1	4	—	—	—	—	—	—	—
7. Mehrgeburt	3	4	7	—	13	2	15	4	—	8	—*	6	2	4	—	—	—	—	—	—	—
8. Fehlgeburt	18	17	35	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	3	—	—	3	3

*) Sind oben mitverrechnet.

Uebersicht

über die in den **Frankfurter Entbindungs-Anstalten** ausgeführten Operationen und Erkrankungen bei Schwangeren und Wöchnerinnen

vom 1. Januar 1905 bis 31. Dezember 1905.

	Städtische Entbindungs-Anstalt					Dr. Christsche und v. Mühlensche Entbindungs-Anstalt					Dr. Neubürgers Entbindungs-Anstalt				
	Summa	Mutter		Kind		Summa	Mutter		Kind		Summa	Mutter		Kind	
		lebend	tot	lebend	tot		lebend	tot	lebend	tot		lebend	tot	lebend	tot
1. Extraktion	8	8	—	4	4	}	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2. Wendung	10	9	1	3	7	5	5	—	4	1	—	—	—	—	—
3. Zange	39	39	—	37	2	5	5	—	4	1	—	—	—	—	—
4. Craniotomie	11	11	—	—	11	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
5. Einleitung der künstlich. Frühgeburt	6	6	—	6	—	1	1	—	—	1	—	—	—	—	—
6. Sectio caesarea	4	3	1	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
7. Manuelle Placentarlösung	8	8	—	—	—	7	7	—	7	—	1	1	—	1	—
8. Placenta praevia	4	3	1	1	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
9. Eklampsie	9	8	1	9	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
10. Puerperalfieber	—	5	—	—	—	3	3	—	2	1	—	—	—	—	—
11 Sonstige (Dammnaht etc.)	69	—	—	—	—	12	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Uebersicht

Tab. IIIa 2.

über die in den Frankfurter **gynäkologischen Kliniken** verpflegten Personen vom 1. Januar 1905 bis 31. Dezember 1905.

Namen der Krankheiten	Städtische Entbindungsanstalt	Dr. Kallmorgens Frauenklinik
1. (162) a) Krankheiten der Vulva	—	2
b) „ „ Vagina und Urethra	—	3
c) Vaginalfistel	—	1
d) Prolaps der Vagina	1	27
2. (163) a) Menstruationsanomalien	10	2
b) Parametritis	—	6
3. (165, 168) a) Entzündungen des Uterus	—	39
b) „ der Ovarien	—	6
c) „ „ Tuben	—	13
4. (166) Metrorrhagia non puerperalis	5	—
5. (167) Lageveränderungen des Uterus	1	20
6. (170) Uterinschwangerschaft	29	14
7. (171) a) Ektopische Schwangerschaft	—	3
8. 56 A a e und 56 B a u. b) Geschwülste:		
I. Bösartige:		
1. der Vulva und Haut	—	—
2. der Vagina	—	—
3. des Uterus:		
a) des Cervix	—	5
b) des Corpus	—	4
4. der Ovarien	1	—
5. der Tuben	—	—
6. der Brüste	—	—
II. Gutartige:		
1. der Vulva und Haut	—	—
2. der Vagina	—	1
3. des Uterus:		
a) des Cervix	2	4
b) des Corpus	3	9
4. der Ovarien	—	16
5. der Tuben	—	4
6. der Brüste	—	1
9. (11. 172 und 175) Folgekrankheiten der Entbindung einschliesslich der Erkrankungen der Brüste	—	4
10. (23) Geschlechtskrankheiten:		
a) Syphilis	16	—
b) Tripper	9	—
c) Weicher Schanker	—	—

Uebersicht Tab. IIIa 3.

über die in den Frankfurter **gynäkologischen Kliniken** vorgenommenen Operationen vom 1 Januar 1905 bis 31. Dezember 1905.

	Frankfurter Verein vom roten Kreuz	Vaterländischer Frauen-Verein	Diakonissen- und Krankenheilanstalt des Bethanien-Vereins	Dr. Kallmorgens Frauenklinik	Privatfrauenklinik von Prof. Sippel
I. Laboratomieen.					
A. Wegen Geschwülsten:					
1. des Uterus	33	4	11	4	13
2. der Ovarien	23	—	15	15	4
3. der Tuben	2	—	3	2	—
B. Wegen Entzündungen:					
1. des Uterus	5	—	1	—	}
2. der Ovarien	1	—	—	—	} 8
3. der Tuben	21	1	2	2	}
C. Entfernung von Organen aus anderen Gründen:					
1. des Uterus	—	—	—	—	—
2. der Ovarien	—	—	—	—	—
3. der Tuben	—	—	1	—	—
D. Ventrofixation	13	1	1	13	8
E. Ektopische Schwangerschaft und deren Folgezustände	7	1	2	3	1
F. Sonstige	—	—	—	7	8
II Vaginale Operationen					
1. Kolporrhaphie und Perineoplastik	31	6	8	9	5
2. Prolapsoperationen	—	21	11	12	12
3. Fisteloperationen	—	—	—	1	—
4. Dehnung oder Spaltung des Cervix	7	5	5	13	10
5. Plastische Operationen am Cervix	8	2	1	9	14
6. Ausräumung eines Aborts	49	15	12	17	3
7. Ausschabung des Uterus	91	48	66	39	50
8. Fixation des Uterus	33	3	—	6	7
9. Entfernung von submucösen Geschwülsten	19	5	6	8	2
10. Entfernung des Uterus	3	1	10	3	2
11. Vaginale Koeliotomie	3	—	3	—	—
12. Sonstige	2	2	—	7	13
II. Sonstige Operationen	8	2	1	6	6

Uebersicht

Tab. IIIb.

über die in den **Frankfurter Heilanstalten für Geistes- und Nervenkranke** behandelten Personen, 1905.

	Namen der Krankheiten	Städt. Irrenanstalt		Dr. Bernbluths Sanat. für Nervenkranke		Dr. Rosenbaums Sanat. u. Wasserheilanstalt für [illegible] Nervenkranke	
		Behandelt*)	Gestorben*)	Behandelt	Gestorben	Behandelt	Gestorben
	I. Einfache erworbene Psychosen.						
1	Zwangsvorstellungen	—	—	—		2	1
2	Neurasthenie	14	—	29	—	2	—
3	Melancholie	46	2	6	—	8	—
4	Manie	5	—	—	—	3	—
5	Manisch-depressives Irresein	30	—	—		—	—
6	Erschöpfungspsychose	9	—	—	—	—	—
7	Katatonie	167	1	—	—	2	—
8	Hebephrenie	85	—	—	—	—	—
9	Dementia praecox	63		1	—	1	—
10	Chronische Verrücktheit	52	—	1	—	1	—
11	Kinderpsychose	2	—	—	—	—	—
	II. Konstitutionelle u. angeborene Psychosen.						
1	Erbl. degenerative Seelenstörung	19	—	1	—	2	—
2	Einfache Imbecillität	43	—	1	—	5	—
3	Associative Imbecillität	24	—	—	—	—	—
4	Idiotie	9	—	—	—	3	—
	III. Epileptisch-hysterische Formen.						
1	Einfache Epilepsie	51	—	1	—	—	—
2	Epilepsie bei Imbecillität oder Idiotie	13	—	—	—	—	—
3	Epilepsie mit Demenz	53	1	1	—	—	—
4	Epileptisches Irresein	75	2	—	—	2	—
5	Einfache Hysterie	26	—	8	—	—	—
6	Hysterisches Irresein	39	—	—	—	1	—
7	Gefängnispsychose	4	—	—	—	—	—
	IV. Alkohol- u. andere Intoxations-Psychosen						
1	Akuter Alkoholismus	31	—	—	—	—	—
2	Pathologischer Rausch	14	—	—	—	—	—
3	Delirium tremens	61	7	—	—	—	—
4	Akuter hallucinatorischer Alkoholwahnsinn	5		—	—	—	—

*) Vom 1. April 1905 bis 31. März 1906.

	Namen der Krankheiten	Städt. Irren-Anstalt		Dr. Dornblüths Sanat. für Nervenkranke		Dr. Rosenbaums Sanat. u. Wasserheilanstalt für israel. Nervenkranke	
		Behandelt*)	Gestorben*)	Behandelt	Gestorben	Behandelt	Gestorben
5	Chronischer Alkoholismus . . .	307	5	1	—	—	—
6	" " bei Imbecillität	34	—	—	—	—	—
7	Alkoholepilepsie	130	—	—	—	—	—
8	Morphinismus	3	—	—	—	—	—
9	Begleitdelirien:						
	a) bei fieberhaften Krankheiten	16	9	—	—	—	—
	b) bei Urämie, Karcinomkachexie etc.	2	2	—	—	—	—
	V. Psychosen bei organischen Hirnkrankheiten						
1	Dementia paralytica	119	20	—	—	2	—
2	" ateriosklerotica . . .	43	4	—	—	—	—
3	" postapoplectica . . .	17	5	—	—	—	—
4	" senilis	60	13	—	—	—	—
5	Psychosen bei sonstigen organischen Hirnerkrankungen . . .	23	4	—	—	—	—

*) Vom 1. April 1905 bis 31. März 1906

Uebersicht

Tab. IIIc 1.

über die in den Frankfurter **Augenheilanstalten** behandelten Personen

vom 1. Januar 1905 bis 31. Dezember 1905.

Namen der Krankheiten	Frankfurter Augenheil-anstalt	Dr. Carls Augenklinik
1. (114a u. b) Erkrankungen der Augenlider	12	12
2. (114c) Erkrankungen der Bindehaut:		
a. Blennorrhoe der Augen	2	—
b. Conjunctivitis granulosa	—	6
c. Sonstige Conjunktivitis	5	1
3. (114d) Erkrankungen der Lederhaut und der Hornhaut	30	71
4. (114e) Erkrankungen der Regenbogenhaut	10	16
5. (114f) „ der Linse	68	85
6. (114g) „ des Glaskörpers	—	2
7. (114h) „ der Gefässhaut	8	3
8. (114i) Glaukom	7	14
9. (114k) Erkrankungen der Netzhaut	3	5
10. (114l) „ der Sehnerven	5	4
11. (114m) Refraktionsanomalien	—	1
12. (114n) Lähmungen der Augenmuskeln:		
a) muskuläres Schielen	15	44
b) Lähmungen und Krampf der äusseren und inneren Augenmuskeln	—	5
13. (114o) Erkrankungen der Tränenorgane	5	35
14. (56 A, B.) Neubildungen:		
a) bösartige (ausser Gliom):		
1. der äusseren Bedeckungen	—	2
2. bulbäre	1	—
3. retrobulbäre	3	1
Gliom	—	—
b) gutartige	—	2
15. (37 a, e, f, q.) Verletzungen der Augen:		
a) Quetschungen	1	3
b) Wunden	2	19
c) Verbrennungen	5	10
d) Fremdkörper	1	14
16. (59 a) Zellgewebsentzündung	1	2

Uebersicht
über die in den Frankfurter **Augenheilanstalten** vorgenommenen Operationen
vom 1. Januar 1905 bis 31. Dezember 1905.

	Frankfurter Augenheil-anstalt	Dr. Carls Augenklinik
A. Operationen an den Lidern und der Haut		
1. Ektropion- und Entropionoperationen, Operationen zur Beseitigung von Stellungsanomalien, Verwachsungen u. s. w. (Ptosis), Symblepharon u. a. (Trichiasis)	8	18
2. Ausschälung des Knorpels	—	6
3. Exstirpation des Tränensackes und der Tränendrüse	3	39
4. Exstirpation von Geschwülsten:		
a) von bösartigen	—	1
b) von gutartigen	—	3
5. Durchschneidung der Trigeminusäste	—	—
6. Plastische Operationen zur Deckung von Defekten	3	7
7. Sonstiges	—	1
B. Operationen am Augapfel.		
1. Schieloperationen:		
a) Tenotomie	15	65
b) Operation am Antagonisten des Schielmuskels	—	33
2. Kataraktoperationen:		
a) Diszission	15	11
b) Extraktion:		
mit Iridektomie	20	33
ohne „	10	17
c) einfache Linearextraktion	3	8
d) Nachstaroperation	20	22
3. Iridektomie	12	20
4. Iridotomie	—	1
5. Sklerotomie	1	2
6. Entfernung von Fremdkörpern:		
a) mittels Magnet	1	6
b) sonstige	—	—
7. Entfernung des Augapfels:		
a) durch Enukleation	8	13
b) durch Exenteration	—	1
8. Pterygiumoperation und Tätowierung	20	1
9. Sonstiges	5	6
C. Orbitaloperationen		
1. Exenteration	—	—
2. Krönleinsche Operation	—	1
3. Punktion der Orbita	1	—
4. Sonstiges	3	—

Vierter Teil.

Berichte über die Tätigkeit der wissenschaftlichen Institute.

Bericht über die Tätigkeit des kgl. Instituts für experimentelle Therapie im Jahre 1905.

I. Prüfungstechnische Abteilung.

Neue Prüfungen von Diphtherieserum . . .	115	Nummern
Nachprüfung " " . . .	203	"
Neue Prüfung von Tetanusserum	14	"
" " " Streptokokkenserum . .	4	"
" " " Tuberkulin	8	"
" " " Schweinerotlaufserum . .	31	"
" " " Schweineseucheserum . .	12	"
" " " Geflügelcholeraserum . .	1	"

Alle 2 Monate erfolgte Abgabe von Diphtherie-Standard-Serum an je 40 Abonnenten in allen Weltteilen. Eine der Haupttätigkeit der Abteilung betraf die Aufrechterhaltung und Festsetzung der verschiedenen Standardtiter.

II. Bakteriologisch-hygienische Abteilung.

Es wurden während des Jahres 1905 2121 Objekte eingesandt

von den Aerzten der Stadt Frankfurt	1176
aus städtischen Krankenanstalten	939
von ausserhalb	6
	2121

Davon betreffen 34	Untersuchungen	Gonokokken,
5	„	Pneumokokken,
44	„	Meningokokken,
1585	„	Diphtheriebazillen,
64	„	Tuberkelbazillen,
4	„	Milzbrandbazillen,
72	„	Typhus etc.-Bazillen,
19	„	Influenzabazillen,
2	„	Tetanusbazillen,
2	„	Choleravibrionen,
4	„	Ankylostomumeier,
186	„	Widalsche Reaktionen,
52	„	Diazoreaktionen,
108	„	Eiterungen,
2	„	Botulismusbazillen,
2	„	Rotz,
5	„	Soorpilz,
1	„	Dysenterieamöben,
1	„	Malariaplasmodien,
3	„	Angina Vincenti,
5	„	Bact. coli,
20	„	Bakterien (Blut, Galle etc.)
2124.		

III. Experimentell-biologische Abteilung.

In 9 forensischen Fällen, welche 35 Objekte betrafen, war eine Untersuchung auf das Vorhandensein von Menschenblut zu machen. An 5 Gegenständen wurde Menschenblut, an 4 Schweineblut festgestellt.

Während des Jahres 1905 sind 22 wissenschaftliche Publikationen aus dem Institut erschienen.

Bericht über die Tätigkeit des Dr. Senckenbergischen pathologisch-anatomischen Institutes für das Jahr 1905.

Von Prof. Dr. Eugen Albrecht.

Vom Dr. Senckenbergischen pathologisch-anatomischen Institute aus wurden vom 1. Januar bis 31. Dezember 1905 1108 Sektionen (gegen 632 im Vorjahre) ausgeführt.

Für hiesige und auswärtige Aerzte wurden 1226 (1904: 887) mikroskopische und bakteriologische Untersuchungen vorgenommen.

Im Institute arbeiteten 9 einheimische Aerzte, 13 auswärtige Herren, 2 auswärtige Damen. Von den letzteren waren 12 aus Deutschland, 2 aus Amerika, 1 aus der Schweiz.

In den Ferien arbeiteten mehrere einheimische und auswärtige Studenten im Institute.

In den Sitzungen des Aerztlichen Vereins wurden regelmässig Präparate demonstriert, über die an anderer Stelle berichtet ist.

Im Winter wurde ein Vorlesungskurs über Geschwulstlehre, im Sommer über Entwicklungsmechanik gehalten; ausserdem im Winter ein Uebungskurs für Militärärzte, im Sommer ein pathologisch-hystologischer Kurs.

Bericht über das Dr. Senckenbergische Neurologische Institut im Jahre 1905.

Die Arbeiten während der Berichtszeit betrafen zum Teil pathologische Objekte, zum Teil wurde die neu begründete vergleichend-anatomische Sammlung mehr und mehr ausgebaut.

Das Institut wurde von 3 Deutschen und einem englischen Arzt benutzt.

Als Assistenten fungierten Dr. Berliner, vom 2. Oktober ab Dr. Schilling.

Präparatoren waren Dr. Biart und Fräulein Paula Meyer.

Fünfter Teil.

Aerztliches Fortbildungswesen.

Aerztliche Fortbildungskurse.

Die geschäftliche Leitung wurde von einem Ortsausschuss geführt, der von dem grossen Ausschuss der Vereinigung für Veranstaltung von Kursen für Aerzte zu Frankfurt a. M. (bestehend aus 23 Aerzten unter dem Vorsitz des Oberbürgermeisters) hiermit beauftragt ist. Der Ortsausschuss besteht aus dem Oberbürgermeister Dr. Adickes als Vorsitzenden, dem Stadtarzt, Sanitätsrat Dr. Koenig als Schriftführer und stellvertretenden Vorsitzenden und den Herren Geh. San.-Rat Dr. de Bary, Prof. Edinger, Geh. Med.-Rat Dr. Ehrlich, Prof. v. Noorden, Prof. Dr. Rehn, Geh. Med.-Rat Dr. Schmidt, Exzellenz, und Direktor Prof. Dr. Sioli.

Der jeweilige Vorsitzende des ärztlichen Vereins wurde in den Ausschuss kooptiert. Im Jahre 1906/07 wurden über folgende Themata Vorträge gehalten:

1. Prof. Dr. Knoblauch, gemeinsam mit Dr. Homburger: Klinische und anatomische Demonstrationen aus dem Gebiet der chronischen Erkrankungen des Zentralnervensystems.

2. Prof. Dr. Rehn: Ausgewählte Kapitel der Chirurgie.

3. Dr. Streng: Klinische Demonstrationen.

4. Geheimrat Prof. Dr. Ehrlich, gemeinsam mit Dr. Sachs: Neuere Ergebnisse der Immunitätslehre.

5. Geh. Sanitätsrat Dr. Vömel: Ausgewählte Kapitel der Geburtshilfe und Gynäkologie, geburtshilfliche Operationen, sowie Pflege und Ernährung der Säuglinge.

6. Prof. Dr. Lüthje: Ausgewählte Kapitel der speziellen Pathologie.

7. Prof. Dr. Edinger: Ueber Funktion und Erkrankung des Grosshirns, Apraxie, Aphasie etc.

8. Prof. Dr. Sioli: Erbliche Geistesstörungen mit Demonstrationen.

9. Prof. Dr. Treupel: Klinische Demonstrationen.

10. Prof. Dr. Herxheimer: Demonstrationen aus dem Gebiete der Hautkrankheiten.

11. Prof. Dr. Neisser: Serumtherapie und Sexodiagnostik.

An diesen Kursen nahmen 124 Aerzte teil; darunter 6 Assistenten und auswärtige Aerzte.

Es nahmen teil:

an	1	Kurs	65	Aerzte
"	2	Kursen	29	"
"	3	"	9	"
"	4	"	11	"
"	5	"	2	"
"	6	"	5	"
"	7	"	2	"
"	8	"	1	Arzt.

Dr. Koenig.

Jahresbericht

des

Aerztlichen Vereins

zu

Frankfurt a. M.

1906.

München
Verlag von J. F. Lehmann
1907.

Jahresbericht

des

Aerztlichen Vereins

zu

Frankfurt a. M.

1906.

München
Verlag von J. F. Lehmann
1907.

Jahresbericht

des

Aerztlichen Vereins

zu

Frankfurt a. M.

1906.

München
Verlag von J. F. Lehmann
1908.

INHALT.

Erster Teil:

Sachregister.

Vorträge.

Demonstrationen.

Seite

Geschäftliches.

Autorenregister.

Vorträge.

Demonstrationen.

Geschäftliches.

Zweiter Teil:

Geschäftliche Mitteilungen des Aerztlichen Vereins:

Seite

Dritter Teil:

Vierter Teil:

Fünfter Teil:

Erster Teil.

Wissenschaftliche Sitzungsberichte des Aerztlichen Vereins

—

Sonderdruck aus der Münchener medizinischen Wochenschrift.

Ausserordentliche Sitzung vom 8. Januar 1906.

Vorsitzender: Herr E. Cohn.
Schriftführer: Herr J. Rosengart.

Herr **Eiermann** erstattet den **Kommissionsbericht über die Frage der „ärztlichen Sonntagsruhe" in Frankfurt a. M.** Nachdem in der Abstimmung einer früheren Sitzung der Wegfall der Sonntagssprechstunde abgelehnt worden ist, bleibt noch zu beschliessen über die Vertretung am Nachmittag des jeweiligen dienstfreien Sonntags. Der Verein beschliesst mit allen gegen 5 Stimmen:

1. Die Sonntagnachmittagsruhe und Vertretung dauert von 12 bis 9 Uhr.
2. Die Vertreter werden jedesmal den Kollegen auf den Einladungskarten zu den Sitzungen bekannt gegeben und ihre Namen und Wohnungen ausserdem am schwarzen Brett des Dr. Senckenbergschen Instituts angeschlagen. Das Publikum erfährt die Namen der Vertreter im Hause des Arztes, an den es sich hatte wenden wollen und der gerade seinen Ruhesonntag hat.
3. Die Vertretung ist eine gegenseitige und unentgeltliche.
4. Die Vertretungen finden bezirksweise und nach Spezialitäten statt.
5. Die Einführung der Sonntagsruhe der Aerzte soll am 1. April 1906 beginnen. Die Kommission wird beauftragt, die Einführungsbestimmungen und Modalitäten für die Bezirke und Spezialitäten auszuarbeiten.

Der Verein tritt sodann in die Diskussion ein über die Vorträge der Herren **E. Albrecht, A. Homburger, J. Rosengart** und **E. Siegel: Ueber Arteriosklerose.**

Vohsen: Unter den Symptomen der Arteriosklerose haben in den Vorträgen der Vorredner die Erscheinungen von seiten des Ohres eine nach meiner Meinung zu geringe, die Erscheinungen in den oberen Luftwegen gar keine Würdigung erfahren; doch verdienen sie diese in hohem Grade, besonders in diagnostischer Hinsicht. Unter 100 Ohrenkranken der Urbantschitschschen Klinik, die Stein auf Erkrankungen des Herzens und der Gefässe untersuchte, fanden sich 47 mit solchen, darunter 24 Arteriosklerosen. Unter 100 Herz- und Gefässkranken der Nothnagelschen Klinik und Baschschen Poliklinik fanden sich 52 Ohrenkranke, darunter 20 Arteriosklerosen mit 17 Ohrerkrankungen. Diese waren zumeist Krankheiten des schallperzipierenden Apparates mit dem hervortretenden Symptom

des Ohrensausens. Wir wissen über die pathologisch-anatomische Grundlage wenig Sicheres. Eifriger Arbeit auf diesem Gebiet ist es in den letzten Jahrzehnten wohl gelungen, die nicht mit der Arteriosklerose zu verwechselnde Otosklerose aufzuklären, die wir besser mit Spongiosierung der Labyrinthkapsel bezeichnen, aber über die senile Schwerhörigkeit und die in höherem Alter auftretende progressive Schwerhörigkeit fehlen uns genauere mikroskopische Funde. Der wichtigste scheint der Alexandersche zu sein. Bei einem Manne von 66 Jahren entwickelte sich rasch fortschreitende Schwerhörigkeit. Die Sektion ergab hochgradige Arteriosklerose, Mittelohr und Labyrinthfenster normal. Im Cortischen Organ Schwund der Haar- und Pfeilerzellen, Zunahme der Stützzellen, Atrophie der Hörnerven, Akustikuskerne intakt. Die Gefässe der Basis arteriosklerotisch. Die Art. audit. int. gehören nun auch zu den Gefässen, die wie die interthorakalen, worauf uns Herr Albrecht aufmerksam machte, rechtwinklig von der Basilaris abzweigen. Es ist somit wahrscheinlich, dass sich auch an ihnen sehr frühzeitig arteriosklerotische Veränderungen entwickeln, die bei der Empfindlichkeit der Nerven für Ernährungsstörungen, zu einer Zeit schon Erscheinungen von Seiten des Labyrinths auslösen, wo andere Erscheinungen noch wenig bemerkbar sind. Jedenfalls sollen in höherem Alter auftretende subjektive Geräusche nicht der üblichen schematischen Behandlung verfallen, sondern zu einer genauen Untersuchung des Gefässsystems veranlassen.

Auf dem Gebiet der oberen Luftwege muss ich mir versagen auf die wichtigen Ergebnisse einzugehen, die eine genaue Untersuchung der Trachea für die frühzeitige Diagnose der Aortenaneurysmen haben kann. Aber ein anderes Symptom möchte ich besprechen, das nach Edgren gerade in der präsklerotischen Periode häufig ist, wo nur ein erhöhter Blutdruck nachgewiesen werden kann, das Nasenbluten. Kompe hat im 9ten Bande des Arch. f. Laryng. 6 Fälle veröffentlicht, wo Nasenbluten in höherem Alter das erste Symptom war, das auf Arteriosklerose hinwies, die in allen Fällen zur Gehirnerweichung führte. Bei Auftreten von Nasenbluten in höherem Alter ist neben lokaler Untersuchung immer eine Allgemeinuntersuchung erforderlich. Verdächtig ist das von mir mehrfach beobachtete Bluten aus der unteren und mittleren Muschel, während die Prädilektionsstelle für traumatische und andere Blutungen der Nase der Locus Kiesselbachii ist. Bei den erstgenannten Blutungen erwies sich eine Konstitutionsanomalie als Ursache.

Herr Th. Schott beleuchtet die Aetiologie der Arteriosklerose, weist auf Heredität, Alkohol-, Tabak- etc.-Missbrauch, auf die einseitige Fleisch- und Vegetabiliendiät, sowie auf geistige und körperliche Ueberanstrengungen hin. Einseitige vegetabilische Kost könne gerade so gut zu Arteriosklerose führen wie einseitige Fleischkost. Lues, Diabetes und Arthritis seien ebenfalls als ätiologisches Moment anzusehen. Die Arteriosklerose der Unterleibsgefässe sei oft sehr schwierig zu diagnostizieren. Leichte Veränderungen der Unterleibsgefässe seien zwar häufig, könnten aber nicht diagnostiziert werden. Fehldiagnosen kämen hier leicht vor. Mit der Chloroformnarkose bei Arteriosklerotischen müsse man sehr vorsichtig sein; Herzschwäche sei hier oft die Folge.

Herr Richartz wendet sich gegen die Auffassung, dass Meteorismus (Blähungen) als Frühsymptom der Mesenterial-Arterio-

sklerose verwertbar sei. Zunächst habe das Experiment die grundlegende Frage, in wie weit die Blutbahn der Ableitungsweg für die Darmgase sei, noch nicht befriedigend gelöst. Auf das Experiment könne sich jene Auffassung also kaum stützen. Die klinische Erfahrung lehre zwar, dass gewisse Zirkulationsstörungen Meteorismus zur Folge haben, wie die Stauungen im Pfortadersystem und die Dyspragia angiosclerotica intestinalis nach Schnitzler-Breuer-Ortner, allein es liegen dann anatomische Veränderungen schwerster Art, dort in den Venen, hier in den Arterien, und bei den letzteren sicher keine Initialstadien vor; übrigens seien aber Fälle beschrieben, wo trotz ausgedehnter atheromatöser Entartung der Mesenterialgefässe Meteorismus gefehlt habe. Schliesslich stehe der diagnostischen Verwertung des Meteorismus, zumal des subjektiven, in dem von Rosengart angedeuteten Sinne auch die ausserordentliche Vieldeutigkeit des Symptoms entgegen, welche es im gegebenen Falle recht schwierig machen dürfte, alle anderen ätiologischen Möglichkeiten auszuschliessen.

Herr Rosenmeyer erörtert die verschiedenen Erscheinungsformen der Arteriosklerose im Auge.

Herr A. Homburger: Eine viel verbreitete, aber irrtümliche Auffassung, dass es möglich sei, auf Grund der peripheren Arteriosklerose Schlüsse zu ziehen auf den Grad der Arteriosklerose im Gehirn, hat zu der Ansicht geführt, dass der Befund an den Gefässen des Augenhintergrundes in dieser Richtung besonders wichtig sei. Aber auch für die Arterien des Auges bestehen keine festen Beziehungen. Ich habe besonders hochgradige Arteriosklerose der Netzhautgefässe nur selten gesehen, sie auch oft vermisst in Fällen ausgebreitetster und hochgradigster Arteriosklerose des Gehirns und bei vielen Fällen von Gehirnarteriosklerose, die zu Apoplexien und Enzephalomalazien, sowie zu diffuser Rindendegeneration geführt hatten (Obduktionsergebnisse). Schon 1886 hat Powers die gleiche Ansicht vertreten. Besonders bedenklich wäre es wegen des Fehlens sklerotischer Veränderungen an den Retinalarterien in differentielldiagnostisch schwierigen Fällen die Arteriosklerose des Gehirns abzulehnen. Bei einem nach vielen Hunderten zählenden Material ophthalmoskopisch untersuchter Arteriosklerotiker fand ich nur sehr selten Spuren von Hämorrhagien, zweimal allerdings traten Blutungen während der Untersuchung auf; sämtliche hierher gehörigen Fälle aber waren kompliziert durch arteriosklerotische Schrumpfniere und befanden sich in chronisch suburämischem Zustande. Es mag bei der Zusammensetzung des Materials manche Zufälligkeit mitspielen, aber die überwiegende Inkongruenz der Befunde zwischen Augenhintergrunds- und Gehirnarteriosklerose spricht sehr deutlich gegen irgend eine gesetzmässige Beziehung und jedenfalls gegen die differentialdiagnostische Verwertung der ophthalmoskopischen Befunde.

Herr Siegel erklärt, dass ihn Herr Schott wohl missverstanden habe. Er habe nicht gesagt, man dürfte Arteriosklerotiker so leichthin narkotisieren, er habe nur konstatiert, dass Arteriosklerotiker sich oft leichter narkotisieren lassen als man erwarten darf. Todesfälle im Anschluss an Chloroformnarkose und langdauernde Herzbeschwerden hat S. ebenfalls schon erwähnt.

Ordentliche Sitzung vom 15. Januar 1906.

Vorsitzender: Herr E. Cohn.
Schriftführer: Herr J. Rosengart.

Herr Rosengart bemerkt zum Protokoll der Sitzung vom 8. Januar: Bei dem gleichzeitigen Schluss der Diskussion und der Sitzung habe ich ein Schlusswort nicht erteilt bekommen, wie ich erwarten durfte. Ich bemerke deshalb Herrn Richartz gegenüber, der in der experimentellen Pathologie Hinweise auf das Vorkommen lokaler umschriebener Meteorismen und Koliken, wenn die Durchblutung einer Darmschlinge sistiert oder verringert ist, vermisst, dass zu Anfang der einschlägigen Mitteilungen die Beobachtungen Bollingers aus der Tierpathologie stehen.

Der Herr Vorsitzende unterbricht hier, indem er bemerkt, diese Ausführungen führen zu weit und sind geeignet, die Diskussion von neuem zu eröffnen, was er nicht zulassen könne.

Herr **Carl Herxheimer** hält den angekündigten Vortrag: **„Ueber den Nachweis von Spirochaete pallida in Gewebsschnitten“.** (Erschien ausführlich in No. 7, 1906 der Münch. med. Wochenschr.)

Herr **F. Moritz**-Giessen hält einen Vortrag über **„Methoden der Herzuntersuchung“**, in dem er eine Uebersicht über die wichtigsten bisher erhaltenen Resultate der röntgenologischen, insbesondere der orthodiagraphischen Herzuntersuchung gibt. Es werden die Verhältnisse der Lage, Grösse und Form des Herzens unter normalen und pathologischen Verhältnissen erörtert. Ueber die Grössenverhältnisse des normalen Herzens unter verschiedenen Bedingungen (Geschlecht, Alter, Körpergrösse, Körpergewicht u. a.) und ebenso über die Zuverlässigkeit der Herzperkussion liegen neue grössere Untersuchungsreihen von Dr. Dietlen, Assistent an der medizinischen Universitätsklinik in Giessen vor, welche demnächst in extenso veröffentlicht werden sollen.

Diskussion: Herr Treupel will nur auf drei Dinge, die Herr Moritz in seinem inhaltsreichen Vortrag kurz berührt hat, nochmals zurückkommen.

Was zunächst die Beweglichkeit des Herzens bei Lageveränderung betrifft, so ist diese, wie man sich am Tierexperiment überzeugen und beim Menschen auch durch die Perkussion bei verschiedenen Körperlagen feststellen kann, zweifellos vorhanden. Für gewöhnlich macht das aber keine besonderen Beschwerden. Darin stimmt er dem Vortr. bei. Wenn aber, was sicher vorkommt, diese Beweglichkeit des Herzens eine abnorm grosse wird, oder ein abnorm grosses Herz innerhalb normaler Grenzen sich verschiebt, so können daraus krankhafte Empfindungen in der Herzgegend und auch stärkere Beschwerden sehr wohl hervorgehen.

Der zweite Punkt betrifft die „akuten Dehnungen" des Herzens. Der Vortr. hat gezeigt, dass auf der Höhe mancher Infektionskrankheiten, z. B. Syphilis, Diphtherie, deutliche und zum Teil erheblichere Erweiterungen der Herzgrenzen auch orthodiagraphisch nachzuweisen sind. Wenn es nun nicht gelang, durch körperliche Anstrengung (am Ergostaten) an einem solchen Herzen in der Rekonvaleszenz eine starke Dehnung zu erzielen, so ist das sicher sehr bemerkenswert und die Forderung, die ganze Lehre von der „akuten Dehnung" nun mittels der orthodiagraphischen Methode einer Revision zu unterziehen, scheint berechtigt. Trotzdem ist aber doch wohl daran festzuhalten, dass auf der Höhe der Krankheit, wie auch in der Rekonvaleszenz Dilatationen des Herzens vorkommen können, wie man das seither aus den durch die alten Perkussionsmethoden gewonnenen Grenzbestimmungen geschlossen hat; Dilatationen, die bei geeigneter Schonung des Herzens sich auch allmählich vollständig zurückbilden. Ausser den bereits vom Vortr. erwähnten Krankheiten (Sepsis und Diphtherie) möchte Treupel hier besonders noch den Typhus und die Influenza nennen.

Was endlich den Wert der Perkussion bei der Bestimmung der Herzgrenzen angeht, so kann Treupel dem nur zustimmen, wenn Moritz der Perkussion, und zwar der früher geübten starken und schwachen Perkussion gerecht wird. Man kann, wie jetzt Moritz durch seine vergleichenden Untersuchungen bewiesen hat, durch stärkere Perkussion in der Exspirationsphase die rechte Herzgrenze und mittels schwächerer Perkussion auch die linke recht gut bestimmen. Es geht nach Treupel doch zu weit, wenn man die seither bestimmte sogen. relative Herzdämpfung als etwas recht Willkürliches hinstellt, wie es nach neuerlichen Publikationen den Anschein hat. Die ganz leise Perkussion in sagittaler Richtung („Orthoperkussion") ergibt auch nach unseren Untersuchungen Bilder, die mit den durch Orthodiagraphie gewonnenen nahezu übereinstimmen, aber die Methode ist keineswegs so leicht ausführbar, bezw. erfordert so günstige Aussenbedingungen (absolute Ruhe usw.), dass sie der Arzt draussen in der Praxis nicht allzuhäufig wird anwenden können. Da tritt die alte Methode zur Bestimmung der relativen Herzdämpfung in ihr Recht und wird auch fernerhin ihren Wert behalten.

Herr Th. Schott weist darauf hin, dass die Meinungen über die Orthodiagraphie und ihre Ergebnisse noch sehr verschieden sind und

geht dann auf die von seinem Bruder August Schott herrührende Perkussion mittels seitlicher Abdämpfung und Rippenzwischenraumperkussion über, die es ermögliche, die totalen Herzgrenzen zu bestimmen. Experimente an Tieren und menschlichen Kadavern haben die Richtigkeit dieser Methode ergeben, die dabei den Vorzug habe, dass man sich einer mittelstarken Perkussion bedienen könne. Bei den Herzgrenzen käme nicht nur die Körperlänge und das Körpergewicht, sondern auch Breitendurchmesser des Thorax, Brustumfang etc. in Betracht. Schott betont nochmals, dass die chronische Herzüberanstrengung nur durch eine Summe von einzelnen akuten Herzüberanstrengungen zustande kommen könne. Rapide Veränderungen durch Aufnahme grösserer Flüssigkeitsmengen habe er nicht nachzuweisen vermocht. Dilatationszustände bei Morbus Basedowii könnten wieder spurlos verschwinden, dagegen kaum solche, wenn sich Hypertrophie zugesellt habe.

Herr Rothschild-Soden weist auf die von De Giovanni-Padua begründete Lehre von der Triangulation des Herzens hin, die im Zusammenhang mit den Moritzschen Untersuchungen erwähnt zu werden verdient, weil sie für die grösste Breite des Herzens den Moritzschen sehr ähnliche Werte findet. De Giovanni perkutiert am unteren Rande der III. Rippe links nach der Mitte zu und fixiert den Eintritt der ersten Schallabschwächung durch einen Punkt. Ebenso verfährt er rechts, indem er im V. Interkostalraum von aussen nach innen klopft. Den 3. Punkt bildet der Spitzenstoss. Die Verbindung der beiden erstgefundenen Punkte entspricht fast genau der durch die Orthodiagraphie feststellbaren grössten Herzbreite. Die Verbindung des Punktes 1 mit der Spitze stellt den Durchmesser des linken, die des Punktes 2 mit der Spitze den Durchmesser des rechten Ventrikels dar. Das alles gilt nur für normale Verhältnisse, hier aber — wie man sich leicht am Situs überzeugen kann — fast mathematisch genau. De Giovanni hat empirisch festgestellt, dass die nach Alter, Geschlecht und Gesamtkonstitution wechselnde Herzbreite ziemlich genau mit der Breitenentwicklung der rechten Hand des betr. Individuums übereinstimmt — von der Artikulation des Zeigefingers über den Handrücken bis zum Metakarpodigitalgelenk des kleinen Fingers gemessen. Diese Grösse nannte De Giovanni den Index, der durch Addition von 1 den Durchmesser des linken und von 2 den Durchmesser des rechten Ventrikels annähernd genau darstellt. Bei der Unmöglichkeit der orthodiagraphischen Untersuchung in der Praxis beansprucht De Giovannis Methode mit ihren guten Zahlenübereinstimmungen vielleicht erhöhte Bedeutung für die Praxis, ohne die exakten Moritzschen Messungen in ihrer grossen Bedeutung zu beeinträchtigen.

Herr Deutsch zweifelt nicht an der grossen Bedeutung der vorgetragenen Untersuchungsergebnisse als Grundlagen für physiologische und experimentell-pathologische Untersuchungen. Gegen die Uebertragbarkeit derselben auf die praktische klinische Untersuchung äussert er zweierlei Bedenken. Erstens die Kompliziertheit der nach Alter, Geschlecht, Grösse und vermutlich noch nach anderen Faktoren verschiedenen Normalzahlen, unter denen für jeden einzelnen erhobenen Befund die zutreffende Normale gesucht werden müsste. Das zweite Bedenken richtet sich überhaupt dagegen, den einzelnen Herzbefund nicht, wie bisher, nach individuellen Anhaltspunkten oder

wenigstens nach individuell festzustellenden Koëffizienten, sondern nach absoluten Durchschnittszahlen zu beurteilen. Selbst wenn die durch Perkussion erhaltenen klinischen Bilder den durch die Diagraphie erhaltenen anatomischen nicht exakt entsprechen sollten, so müssten sie doch als Vergleichswerte ihre volle diagnostische Verwertbarkeit behalten, mindestens in der Hand des gleichen Untersuchers.

Ordentliche Sitzung vom 5. Februar 1906.

Vorsitzender: Herr E. Cohn.
Schriftführer: Herr J. Rosengart.

Herr **Albrecht: Demonstration pathologisch-anatomischer Präparate:**

1. Kirschgrosses **Corpus luteum spurium**, bei Laparotomie wegen Peritonitis in toto aus dem Ovarium beim Anfassen hervorgetreten; mikroskopisch: entzündliche Infiltration nur in den subkapsulär gelegenen Partien des umgebenden Bindegewebes.

2. Nierenförmiges, etwa pflaumengrosses, ausgedehnt verkalktes **Enchondrom** des Beckenbindegewebes zwischen rechtem Ureter und Samenbläschen bei 70 jährigem Manne.

3. Mehrere Fälle von verstopfender **Embolie** der Lungenarterien im Anschlusse an marantische Thromben einer oder beider Venae femorales. Der Vortragende weist auf die relative Häufigkeit dieser Komplikation, namentlich im Anschluss an Operationen sehr fettleibiger Individuen und bei eitrigen Prozessen hin.

4. Zwei Fälle von **Lymphosarkomatose** des Kundratschen Typus: Ausgang von regionär entstandenen Tumoren von Halslymphdrüsen, kontinuierliche Fortsetzung auf Mediastinal- bezw. Axillardrüsen, Metastasen fast nur auf dem Lymphwege.

5. Zum Vergleiche **Lymphosarcoma intestinale:** ausgedehnte Tumoren der Lymphapparate des Waldeyerschen Ringes, Fortsetzung auf Trachea und grosse Bronchien (hochgradige Stenose, Tod durch Pneumonie), diffuse hochgradige Tumorinfiltration der ganzen Magenwand, multiple, zum Teil bis faustgrosse, nirgends stenosierende Tumoren (Ulzeration vom Lumen her!) des oberen und mittleren Dünndarms, grosse Metastasen der mesenterialen Lymphdrüsen. Hals- und mediastinale Lymphdrüsen nur wenig betroffen. Verlauf sehr chronisch; erste Tonsillenoperation vor 4½ Jahren.

6. Beginnendes **Chlorom** der Zungenfollikel, Tonsillen und submaxillaren Lymphdrüsen (ca. 60 jähriger Mann, Nebenbefund bei Karzinose des Peritoneums). Die Tonsillen nur wenig, die Follikel des Zungengrundes teilweise bis zu Linsengrösse geschwollen, auf der Schnittfläche grasgrüne Farbe.

Mikroskopisch zeigen die Tumoren von No. 4 reichlich Riesenzellenbildung und grosse und kleine Lymphozyten sowie Leukozyten (auch in den kleinen Lebermetastasen des einen Falles); die Tumoren von No. 5, wie gewöhnlich bei dem „intestinalen Lymphosarkom", Zusammensetzung nur aus kleinen Lymphozyten; das Chlorom wies den Bau der grossen Lymphozyten auf, überall mit beginnender Infiltration der Umgebung.

7. Fall von **Ruptur der hinteren Aortaklappe** bei akuter ulzeröser Endokarditis nach Gonarthritis dextra serosa (Mann von 27 Jahren). Verlauf in etwa 3 Wochen; anamnestisch wurde gonorrhoische Infektion angegeben. Gonokokken fanden sich weder im Kniegelenke, noch an den Klappen (Ausstrichkulturen), dagegen in grossen Mengen Streptokokken, ebenso in Blut und Milz.

8. Fall von retrahierender **Endokarditis** der Aortaklappen, Perikarditis obliterans, Dilatation und Hypertrophie der Ventrikel (bei einem Falle von Uteruskarzinom).

9. Luetische **Arteriitis** besonders der Arteriae iliacae und Karotiden mit diffuser, vielfach aneurysmatischer, Dilatation der Arterien, bei sehr geringer deformierender Endarteriitis der Aorta. Die 35 jähr. Frau starb an Ruptur eines Aneurysmas der rechten Arteria fossae Sylvii bei multipler Aneurysmenbildung, Dilatation, Wandverdünnung der basilaren Arterien. Ausgedehntes subarachnoidales Hämatom an der Hirnbasis und über dem ganzen Rückenmark (bei der Lumbalpunktion Entleerung von reinem Blut unter sehr beträchtlichem Drucke) im Gehirne multiple Erweichungs- und Narbenherde besonders im linken Thalamus opticus und rechten Nucleus lentiformis.

10. **Septikopyämie** bei einem 38 jährigen Manne, Anilinarbeiter; manifester klinischer Verlauf innerhalb 6 Wochen, Beginn mit Ikterus, Diarrhöen, Leberschwellung, so dass an die Möglichkeit einer akuten gelben Leberatrophie infolge Anilinvergiftung gedacht wurde, kein charakteristischer Blutbefund. Bald einsetzende Schüttelfröste klärten das Krankheitsbild als Sepsis; der Ikterus nahm ab, ohne ganz zu verschwinden, die Leber blieb vergrössert; Milztumor, terminale Pleuritis.

Als Ausgangspunkt erwiesen sich vereiterte Thromben innerer hämorrhoidaler Varizen, fortgesetzt in die Venen der Flexura sigmoidea: obturierender verjauchter Thrombus der Pfortader, ausgedehnte jauchige Thrombophlebitis von Pfortaderästen, besonders im rechten Leberlappen (ohne Konfluenz zu einem Abszess, infolge fibröser Periphlebitis), schliesslich multiple jauchige Infarkte beider Lungen, besonders der Unterlappen, von Lebervenen aus, sero-fibrinöse Pleuritis. In der Porta hepatis stark ödematöse Schwellung des Bindegewebes, entzündliche Hyperplasie der Drüsen, Katarrh der grossen Gallengänge und des Duodenum. Beginn der ganzen Affektion sicher über 2 Monate zurückzudatieren.

Herr **Hübner: Demonstrationen von Patienten des Lichtheilinstitutes im städtischen Krankenhause.**

Der Vortragende zeigt, wie die epilierende, entzündungserregende und epithelzerstörende Wirkung der Röntgenstrahlen therapeutisch bei Sykosis, Lupus und Kankroid verwandt werden kann. Bei der Behandlung des Lupus vermeidet H. die von Scholz zur Heilung für nötig gehaltenen starken Reaktionen und führt die von ihm ohne Auftreten von Ulzerationen erzielten Heilerfolge auf die Nährbodenverschlechterung für die Tuberkelbazillen durch die Röntgendermatitis zurück. Auch bei zwei Fällen von Sklerodermie konnten schnelle Besserungen nach Eintritt schwacher Röntgenreaktionen konstatiert werden. H. verwendet mittelweiche Röhren und variiert die Dosis durch Verlängerung der Expositionszeit und Veränderung des Röhrenabstandes.

Diskussion: Herr Hirschberg: Im Anschluss an die Demonstrationen des Herrn Hübner gestatten Sie mir einige Bemerkungen über die Lichtbehandlung oder, genauer gesagt, über die Sonnenbestrahlung bei chirurgischen Erkrankungen, insbesondere bei chirurgischer Tuberkulose. Dass den Sonnenstrahlen eine sehr mächtige Heilkraft innewohnt, ist bekannt, aber ihre Anwendung scheitert zumeist daran, dass sie uns selten in der Reinheit und in dem Zeitmass zur Verfügung stehen, wie wir ihrer zu einer erspriesslichen lokalen Behandlung benötigen. Was uns versagt ist, das fällt den Aerzten, die im Hochgebirge tätig sind, gewissermassen in den Schoss. So war denn auch Dr. Bernhard in Samaden der erste, der seit 4 Jahren Sommer und Winter die Sonnenbestrahlung systematisch bei den verschiedensten chirurgischen Affektionen anwendet und, wie aus seinen Berichten hervorgeht, damit ausserordentlich günstige Erfolge erzielt. Der Anregung Bernhards folgend, hat Dr. Rollier in Leysin eine Klinik errichtet, in der er chirurgisch Erkrankte der Sonnenbestrahlung aussetzt. Die Kranken liegen selbst im Winter täglich 7—8 Stunden in nach Süden offenen Veranden, die erkrankten Teile den direkten Sonnenstrahlen darbietend. Was ich in Dr. Rolliers Klinik, welche ich vor 3 Wochen besuchte, von guten Erfolgen dieser Behandlung bei offenen und geschlossenen Knochentuberkulosen, Senkungsabszessen, tuberkulösen Fisteln und Hautaffektionen gesehen habe; die Heilungen ferner, welche ich bei entlassenen Kranken an der Hand der durch sorgfältige photographische Aufnahmen illustrierten Krankengeschichten beurteilen konnte, stellen alles in den Schatten, was die bisherige konservative Behandlung chirurgischer Tuberkulosen zu leisten imstande ist. — Versäume es keiner von Ihnen, m. H., der an den Genfer See geht, sich neben den in jeder Beziehung trefflichen Anstalten für Lungenkranke in Leysin, das von Montreux in 1½ Stunden zu erreichen ist, welche den bescheidensten, wie verwöhntesten Ansprüchen Rechnung tragen, die chirurgische Klinik des Herrn Dr. Rollier anzusehen, in der die Sonnenbestrahlung die weitgehendste Anwendung findet. Keiner wird aus dieser Anstalt scheiden, ohne das Gefühl inniger Befriedigung darüber, dass den schwer geplagten Kranken mit chronisch chirurgischer Tuberkulose endlich wirkliche Heilstätten erstanden sind.

Herr **Sippel** zeigt **2 myomatöse Uteri mit Adenokarzinom der Korpusschleimhaut** vor. Das Auftreten von wässrig-blutiger Ausscheidung nach eingetretener Klimax erweckte den Verdacht einer malignen Erkrankung. Die Probeausschabung und mikroskopische Diagnose bestätigte den Verdacht. Das Zusammentreffen von Myom und Karzinom ist ein zufälliges und durch die grosse Frequenz des Myoms leicht erklärliches. Beide Uteri wurden durch ventrale Totalexstirpation entfernt.

Ferner zeigt Herr Sippel einen Uterus gravidus vom Ende des 5. Monats vor, welcher durch supravaginale Amputation entfernt wurde. Veranlassung gab absolute Beckenenge bei doppelseitiger Hüftgelenksankylose und schwerer Nephritis gravidarum. Der künstliche Abort war wegen der Beckenenge und Ankylose nicht ausführbar. Es bestand Indicatio vitalis. Pat. wurde geheilt. (Der Fall wird ausführlich in der Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. mitgeteilt.)

Herr **Scheffen** demonstriert 1. das Präparat einer **geborstenen Tubenschwangerschaft.** Das ca. 4 Wochen alte Ovum sitzt im Isthmus der Tube. An der Hinterfläche der Anschwellung befindet sich die ungefähr linsengrosse Rupturstelle, aus der Chorionzotten herausragen. Aus dieser Oeffnung hatte eine enorme Blutung stattgefunden. Operation, Heilung. Vortragender hielt sich für berechtigt, das Ovarium der betreffenden Seite mitzuentfernen, um eine äussere Ueberwanderung, die als ätiologisches Moment bei Entstehung der Tubargravidität ja wohl in Frage kommt, unmöglich zu machen.

2. berichtet er über einen **Kaiserschnitt,** den er aus relativer Indikation bei Beckenenge mit gutem Erfolg für Mutter und Kind ausgeführt hat. Dieser bestätigte auch ihm die kurz darauf von Olshausen im Zentralbl. f. Gyn. angeführte Tatsache, dass der Verlauf der Lig. rot. als Anhaltspunkt für den Sitz der Plazenta nicht in Betracht kommt. Denn trotz konvergierenden Verlaufs der Ligamente und stärkerer Vorwölbung der hinteren Wand ging der daraufhin vorn angelegte Schnitt mitten durch die Plazenta. Eine stärkere Injektion der vorderen Wand, wie sie Olshausen als wichtig hervorhebt, war allerdings auch nicht zu bemerken. Zur Vermeidung einer grösseren Blutung empfiehlt er dringend, dem Rate Olshausens zu folgen und die Ergotininjektion bereits 20 Minuten vor Beginn der Operation auszuführen. In diesem Falle war Ergotin erst bei Beginn gegeben worden. Durch Lösung von Darmadhäsionen verzögerte sich jedoch die Eröffnung des Uterus. Es war nun auffallend, in wie energischer Weise sich das Organ kontrahierte, so dass von einer Blutung überhaupt nicht die Rede sein konnte.

Diskussion: Herr Sippel weist darauf hin, dass nicht nur die grössere oder geringere Verschiebung der Ansatzstellen der Ligamenta rotunda und Tuben am Uterus nach vorn und innen oder nach aussen und hinten zur Bestimmung des Plazentasitzes am uneröffneten Uterus benützt werde, sondern auch deren grössere oder geringere Höhe. Er würde nach der Zeichnung Herrn Scheffens die Plazenta an der vorderen unteren Wand gesucht haben (wo sie auch sass!). Nach den Veröffentlichungen von Leopold und Palm über diese Frage habe Sippel seinerzeit (im Zentralbl. f. Gyn. 1894, No. 5) alsbald auf die Bedeutung dieser diagnostischen Momente für die Sectio caesarea hingewiesen, weil man dadurch imstande sei, bei der Inzision die Plazentastelle zu vermeiden, indem man den Schnitt auf die vordere oder hintere Wand verlege. S. selbst habe seither in allen Fällen von Sectio caesarea, sowie in einigen Sektionsfällen Schwangerer den Sitz der Plazenta richtig diagnostizieren konnen. Man müsse nur vermeiden, den hervorgewälzten Uterus von beiden Seiten nach vorne zu halten, wie das häufig geschehe, weil dadurch eine erhebliche Verrückung in der natürlichen Lage von Ligament und Tube herbeigeführt werden könne, die zur Täuschung Veranlassung gäbe. Die Versuche Holzapfels mit seinen rekonstruierten Ovulis, welche gegen die Diagnose nach Leopolds Angaben sprechen sollten, hält Sippel wegen der Verschiedenheit der Dehnungsfähigkeit von Eihäuten und Plazenta für nicht beweisend.

Herr Scheffen entgegnet Herrn Sippel, dass die hingeworfene Skizze keine getreue Wiedergabe des Falles sein solle. Er möchte nochmals auf Olshausen hinweisen, der auf Grund einer Serie von 118 Fällen zu seinem absprechenden Urteile gekommen sei.

Herr **A. Baerwald:** Diesen durch supravaginale Amputation gewonnenen **myomatösen Uterus** zeige ich Ihnen wegen eines interessanten Begleitbefundes. Die Operation war bei der 54 jährigen Patientin indiziert, weil sie durch heftige Blutungen heruntergekommen war, und ferner noch, weil man hinter dem kindskopfgrossen Uterus etwa in der Gegend der linken Articulatio sacroiliaca einen ca. faustgrossen, etwas beweglichen Tumor, gesondert vom Uterus tastete, den man, da beide Ovarien ausserdem palpabel waren, etwa für einen Parovarialtumor ansprechen musste, zumal er an der Stelle lag, wo diese meist getastet werden. Nach Wegnahme des Uterus zeigte sich nun, dass es sich um ein vom Uterus vollkommen abgelöstes in die Bauchhöhle geborenes, ehemals subseröses Myom handelte, welches in der Höhe des untersten Lendenwirbels mit dem hinteren Blatte des Peritoneums und der Darmserosa Verwachsungen eingegangen war. Von beiden musste der Tumor abgebunden werden. Er zeigt mikroskopisch denselben Bau wie der myomatöse Uterus. Ein derartiges vollständiges Getrenntwerden subseröser Myome, so dass sie mit dem Uterus keinerlei Zusammenhang mehr haben, ist ein selten beobachtetes Vorkommnis. So ist es z. B. Virchow nie begegnet und auch sonst sind nur wenige derartige Fälle berichtet.

Die Heilung verlief reaktionslos — leider ist Pat. heute, 3 Wochen nach der Operation ziemlich plötzlich desorientiert und verwirrt geworden — obgleich ihr körperliches Befinden nichts zu wünschen übrig lässt.

Herr **Mörchen**-Hohe Mark: **Ueber Veronalvergiftung im Anschluss an einen Suizidversuch.**

Der Fall betrifft eine 29 jährige Krankenpflegerin. Die Patientin zeigte von Jugend auf abnormes Wesen, krankhafte Affekte, grossen Pessimismus, spielte stets mit Suizid-Ideen und neigte zu einer unmotivierten Selbstquälerei. Im ganzen ist sie ein sogenannter „hysterischer“ Charakter, bietet auch körperlich Zeichen einer neurotischen Erkrankung. Dabei ist sie, sofern sie nicht selbst körperlich oder seelisch darniederlag, als Pflegerin immer ausgezeichnet zu brauchen gewesen, gerade bei den unangenehmsten quälendsten Patienten. Zur Zeit einer stärkeren Depression, im August 1904, nahm sie in selbstmörderischer Absicht aus einem Arzneischrank, zu dem sie sich in raffinierter Weise Zutritt verschafft hatte, nächtlicher Weile eine grössere Menge Tabletten und schluckte dieselben unzerkleinert. Es waren mindestens 8 bis 10 g Veronal und ausserdem 5 bis 6 g Trional und Sulfonal; zirka $^1/_{10}$ höchstens der Gesamtmenge wurde nach einiger Zeit erbrochen. Am anderen Morgen war sie komatös. Pupillen weit, reaktionslos, Reflexe aufgehoben, Puls 120, sehr weich. Koma nahm an Intensität (langsame Lösung der Tabletten im Darm) noch zu, dauerte 4 mal 24 Stunden. Urinretention und Oligurie bestanden zwei volle Tage. Am dritten Tage vorübergehende Delirien mit Verfolgungswahn. Vom 5. bis 10. Tage allmähliche Genesung. Später keine schädlichen Nachwirkungen mehr zu kon-

statieren. In der Folge erkrankte Patientin an einer ausgesprochenen hysterischen Psychose, die ihre Aufnahme in die geschlossene Abteilung der Privatklinik Hohe Mark nötig machte. Bei der Arzneivergiftung waren Trional und Sulfonal in relativ geringer Menge beteiligt, es fehlten im Urin auch die Erscheinungen einer entsprechenden Vergiftung (Hämaturie etc.). Immerhin war die Nebenwirkung weiterer grosser Schlafmitteldosen jedenfalls nur geeignet, die Veronalvergiftung zu unterstützen. Um so mehr ist es von Bedeutung, dass trotz der Schwächlichkeit der Patientin, die Vergiftung keinen tödlichen Verlauf nahm. Der Fall bietet eine Bestätigung der Ausführungen Harnacks in der Münch. med. Wochenschr. No. 47/1905 über den Holzmindener Fall von fraglicher Veronalvergiftung. Harnack gibt in dem betreffenden Falle die Schuld an dem Exitus letalis eines kräftigen Mannes nicht den 10 g Veronal, die derselbe aus Versehen genommen, sondern dem gleichzeitig in einer Menge von 5,5 g genossenen filix mas. Eine Zusammenstellung der bisher beobachteten Fälle von speziell akuter Veronalvergiftung zeigt, dass verschiedentlich schon Dosen bis zu 10 g ohne tödlichen Ausgang genommen wurden. Einige Fälle von anscheinender Vergiftung nach kleineren Dosen (unter 3 g) scheiden teilweise aus, teilweise betreffen sie ohne Zweifel Leute mit zufällig verminderter individueller Widerstandsfähigkeit gegen Veronal.

Als pathognomonisch für Veronalvergiftung darf man nach den bisherigen Erfahrungen ansehen: Koma resp. Sopor, Urinretention, Oligurie, Exanthem (in unserem Falle nicht beobachtet). Medizinisch wichtig ist das Resultat unserer Untersuchungen, dass Veronal in den gebräuchlichen Dosen wohl niemals bedenkliche Wirkungen entfalten wird. Forensisch wichtig ist, dass man bei Veronalvergiftung mit Dosen unter 10 g wohl keinen letalen Ausgang erwarten darf, dass man, sollte ein solcher dennoch eintreten, verpflichtet wäre, nach weiteren vergiftenden Substanzen zu fahnden.

Der Vortrag erscheint in erweiterter Form unter gleichem Titel in den Therapeutischen Monatsheften.

Diskussion: Herr V. Wild berichtet über einen ähnlichen Fall von Veronalvergiftung. Am 10. VII. 05 nahm ein 28 Jahre altes Mädchen 6 g Veronal auf einmal. W. sah die Patientin erst 11 Stunden später in tiefem Koma, Pupillenreaktion und Kornealreflex erhalten. Nach 26 Stunden erste Reaktion auf Erweckungsversuche. Versuch die Zunge herauszustrecken. Nach 2 mal 24 Stunden spricht und schluckt Patientin wieder. Anurie bis 49 Stunden nach Einnahme des Veronals, dann wird die Blase beim Katheterismus leer gefunden. 1½ Stunden später 100 g Urin spontan entleert, enthält Spuren von Eiweiss, keine Formelemente. Am Abend des 13. tritt unter Fieber ein anfangs disseminiertes, masernähnliches, am andern Morgen ein gleichmässig scharlachrotes über den ganzen Körper sich verbreitendes Exanthem auf. Der Ausschlag blasst vom 15. VII. allmählich ab. Das Fieber, bereits am 12. beginnend, erreicht am 13. und 14. Morgentemperatur von 38,6, Abendtemperatur von 39,6 und 40,4. Die Temperatur ist am 18. wieder normal, die Patientin ist wohl. Nach weiteren 8 Tagen gibt die vorher an Schlaflosigkeit leidende Patientin an, dass sie noch immer nachts sehr gut schlafe.

Ordentliche Sitzung vom 19. Februar 1906.

Vorsitzender: Herr E. Cohn.
Schriftführer: Herr J. Rosengart.

Herr **Albrecht** demonstriert:

1. Fall von **physiologischem Volvulus der Flexura sigmoidea** mit Rektum nach rückwärts von einer älteren Frau mit Blähung der an langem Mesosigmoideum fixierten Flexur, deren Scheitel bis zur Höhe des linken Rippenbogens aufwärts ragte. In diesen Graden des bei Erwachsenen allerdings verhältnismässig seltenen sog. physiologischen Volvulus liegt, namentlich bei Koprostase, Koloptose usw., eine Präformation des pathologischen Volvulus der Flexur vor.

2. Fall von **Perisigmoiditis chronica fistulosa** bei einem etwa 40 jährigen Manne, welcher schon seit 11 Jahren an Koprostase und an Erscheinungen einer Darmblasenfistel litt. In der Hinterwand der Blase mehrere Fistelöffnungen, zystoskopisch feststellbar. Wegen höchstgradig gesteigerter Beschwerden wird die Laparotomie vorgenommen, eine anscheinend mit dem Blasenfundus, in Wirklichkeit mit der Wand des perisigmoidealen Abszesses verwachsene Ileumschlinge getrennt, deren Fistelöffnung vernäht und ein Anus praeternaturalis des Colon descendens unter querer Durchtrennung desselben und Versenkung des Stumpfes angelegt. Tod an beiderseitiger Unterlappenpneumonie nach beiderseitiger Embolie der Unterlappenhauptarterien. Die Sektion ergab einen zirkulären, von derben Schwarten umgebenen Kotabszess um die Flexur in der Gegend des Blasenfundus, ausgedehnte Verwachsung zwischen der verkürzten und hochgradig stenosierten Flexur und der Blase, mehrere Fistelöffnungen des Abszesses sowohl nach der Blase als nach der Flexur zu (indirekte Darmblasenfisteln). Ausgangspunkt: Divertikel der Flexura sigmoidea, bei multipler Divertikelbildung der letzteren. Die Divertikel der Flexura sigmoidea sind besonders häufig 1. bei sehr kurzem Mesosigmoideum (die meist kontrahierte Flexura liegt direkt auf der Darmbeinschaufel auf), so namentlich bei Männern; bei Weibern hat der Vortragende sie besonders ausgebildet oberhalb von stärkeren perimetritischen und perisalpingitischen Spangen mit Verziehung des Rektum gefunden. Die Kenntnis ihrer klinischen Bedeutung ist wichtig, da sie gelegentlich bei ihrem Durchbruch zu ausgedehnten Abszessbildungen im Beckenbindegewebe, zu hochgradigen Stenosierungen führen. (Verwechslung mit Karzinom, periprostatischen und periproktitischen Abszessen.)

3. **Aortitis thoracica** in beginnender Fortsetzung auf die Aortaklappen (plaqueförmige Verdickung der Klappenansatzstellen, wulstförmige fibröse Verdickung jeder Hälfte der hinteren und rechten Aortaklappe, beginnende Retraktion und Insuffizienz). Die 52 jährige Frau, welche die Erscheinungen der Hirnlues geboten hatte (multiple kleine Erweichungsherde und Narben) zeigte ausserdem eine tiefe strahlige Narbe am linken Zungenrande und eine ebensolche im Introitus vaginae.

4. Ausgedehnte marantische **Thrombose** der gesamten grossen und mittleren Aeste der Vena anonyma sinistra und dieser selbst bis zu ihrer Einmündung bei einer 72 jährigen Frau mit hochgradig verjauchtem Zervixkarzinom; die Thrombose war klinisch vollkommen symptomlos verlaufen; auch bei der Sektion fand sich kein Oedem vor.

5. a) **Gallenblase** bei frischer katarrhalischer Cholezystitis und reichlicher Ablagerung von „Fett“ (mikroskopisches Präparat) in Form gelber Fleckchen auf der Gallenblasenschleimhaut, frische Konkrementbildung: die Gallenblase ausgefüllt von einem Pfropfe hochgradig eingedickter Galle, welcher mikroskopisch aus Gallenfarbstoff, Cholesterintafeln, Fett, Calcium-carbonat-Drusen besteht, keine zelligen Beimengungen. Bakteriologisch: Bact. coli und Pneumokokken. Anamnese: Patientin, eine etwa 60 jährige Frau, wurde wegen hochgradiger Kolikanfälle vom Typus der Gallenkoliken und Ikterus vor 14 Tagen cholezystotomiert; es fanden sich keine Gallensteine, sondern ein stark vergrössertes und induriertes Pankreas, weshalb chronische Pankreatitis als Ursache der Beschwerden angenommen wurde. Patientin starb an komplizierender Pneumonie.

b) Das vorgezeigte **Pankreas** zeigt sich in allen Dimensionen, besonders im Kopfe, beträchtlich vergrössert, derb, auf der Schnittfläche mit zahlreichen, teils eingedickten, teils breiig vorquellenden kleinen Herden von Fettnekrose und fibrösen Streifchen. Mikroskopisch neben multiplen Fettnekrosen ausgedehnte entzündliche Infiltration und Bindegewebswucherung sowohl im intra- als im interazinösen Gewebe, besonders im letzteren. Der Urin der sehr fettreichen Patientin war zuckerfrei. Der Fall gehört zu den mehrfach beschriebenen entzündlichen Tumoren des Pankreaskopfes, welche mehrere Male für inoperable Karzinome gehalten wurden und gelegentlich nach erfolgter Probelaparotomie spontan wieder abheilten. Eine Zusammenstellung der bis 1903 beobachteten Fälle hat Dr. Rudolf **Hoffmann** in der Wiener klin. Wochenschr., No. 51, 1903 gegeben.

Herr **Siegel** bespricht im Anschluss an die Demonstration des Präparates den von ihm operierten Fall einer **Blasen-Darm-Fistel.** Vor 11 Jahren fand der Durchbruch in die Blase mit Kotentleerung durch die Harnröhre statt. Die Kommunikation bestand während der ganzen Folgezeit ohne wesentliche Belästigung des Patienten. Seit einem halben Jahre entleerte sich aber fast aller Kot wieder durch die Blase unter heftigen Schmerzen. Bei der Operation zeigte sich eine Dünndarmschlinge und die Flexura sigmoidea mit der Blase verwachsen. Die Dünndarmschlinge wurde gelöst, ihre mit einer perivesikalen Abszesshöhle kommunizierende Oeffnung vernäht, die Abszesshöhle tamponiert. Die Flexur wurde oberhalb der tumorartigen, stenosierenden Stelle quer durchtrennt, das untere Ende verschlossen und versenkt. Das obere in die Bauchwand eingenäht. Der Patient starb an einer Lungenembolie. Die Sektion zeigte, dass die klinische

Annahme einer durch tuberkulöse Geschwüre hervorgerufenen Fistelbildung irrig war. Es fanden sich vielmehr mehrere Divertikel nebeneinander in der Flexur, die durch Entzündung und Abszedierung zur Fistelbildung geführt hatten.

Herr Rosenmeyer demonstriert einen Fall von **Rankenneurom mit Hydrophthalmus.** (Wird an anderer Stelle in extenso veröffentlicht werden.)

Herr Küttner-Marburg: **Vorstellung eines Falles von Kardiolyse.**

Der Symptomenkomplex der chronischen, adhäsiven Mediastino-Perikarditis hatte sich bei dem Kranken im Verlaufe eines Jahres entwickelt, das Krankheitsbild war besonders schwer. Neben den Residuen einer Lungentuberkulose fanden sich die subjektiven und objektiven Erscheinungen der Herzinsuffizienz; Pat. war zyanotisch, am Halse bestand deutlicher herzdiastolischer Venenkollaps, es war Stauungsleberzirrhose mit Ikterus und Aszites nachweisbar, in einer Sitzung wurden 9,2 Liter Aszitesflüssigkeit entleert; das Auffallendste aber war über dem Herzen eine deutliche systolische Einziehung und ein starkes diastolisches Vorschleudern der Thoraxwand als Ausdruck der Verwachsung zwischen Herz, Perikard und Brustkorb. K. hat den ihm von Herrn Prof. Brauer zugewiesenen Kranken vor 6½ Monaten operiert. Es wurde ein grosser Weichteillappen mit äusserer Basis gebildet, die linke 4. bis 6. Rippe vom Sternalrand bis zur vorderen Axillarlinie reseziert, das Periost abgetragen und der Lappen wieder an Ort und Stelle gebracht. Die Operation wurde anstandlos ertragen. Wie günstig sie gewirkt hat, geht daraus hervor, dass der vorher bettlägerige, in desolatem Zustande befindliche Kranke seine Beschwerden vollkommen verloren und seine Arbeitsfähigkeit wiedererlangt hat. K. stellt nach den bisherigen Erfahrungen — der vorgestellte Kranke ist der neunte nach der Methode operierte Patient — der Brauerschen Kardiolyse eine sehr günstige Prognose; er empfiehlt möglichst schnelles Operieren im Aetherrausch, legt Gewicht auf sorgfältige Blutstillung, exakteste Entfernung des Rippenperiostes zur Vermeidung stärkerer Knochenregeneration und hält die Zufügung einer Talmaschen Operation zur sichereren Beseitigung des Aszites für entbehrlich.

Herr **L. Brauer**-Marburg bespricht im Anschluss an die Vorführung des Herrn Küttner die Diagnose und Differentialdiagnose der **Herzbeutelverwachsungen**, zwei Fälle, dann eine Anzahl von Röntgenaufnahmen und zahlreiche graphische Darstellungen demonstrierend.

Die einzelnen Symptome des vielfach übersehenen Zustandes lassen sich am besten gruppieren als abhängig von der Mediastinalerkrankung, der Obliteration der Perikardialblätter und den begleitenden Myokardstörungen. Der ersteren Gruppe sind im wesentlichen die abnormen Bewegungserscheinungen an der Brustwand, sowie die charakteristischen Störungen, welche am Gefässystem beobachtet werden, zuzurechnen. Der unkomplizierten Obliteration der Perikardialblätter braucht eine sicher zu diagnostizierende Zirkulationsstörung nicht zu folgen. Die völlig unkomplizierte Obliteration ist aber nicht allzu häufig.

Abgesehen von den sich meist hinzugesellenden mediastinalen oder myokardialen Veränderungen ist die Perikardobliteration häufig von einer beträchtlichen Verdickung und Sklerosierung des äusseren Perikardialblattes begleitet. Hierdurch wird das Herz wie von einem Panzer umkleidet, welcher nun nicht nur die systolische Entleerung, sondern in noch stärkerem Grade die weniger kraftvolle diastolische Füllung des Herzens erschwert. Diese „Umklammerungserscheinungen" werden durch die Kardiolysis wenig oder gar nicht beeinflusst. Ihnen scheint im wesentlichen die Entstehung der Pickschen perikarditischen Pseudoleberzirrhose zu folgen. Es ist daher auch durchaus empfehlenswert, an diesem umstrittenen Symptomenkomplex als einem besonderen Krankheitsbilde festzuhalten.

Die myokardialen Erscheinungen tragen keinen unserem Krankheitsbilde besonders eigenen Stempel. Sie äussern sich — von Stauungserscheinungen abgesehen — häufig in beträchtlichen Irregularitäten der Herzaktion. Diese beiden, oft sehr markant hervortretenden Störungen haben mehrfach dazu geführt, dem einzelnen Falle eine allzu ungünstige Prognose zu stellen, und haben damit von der Kardiolysis zurückschrecken lassen. Hier ist auf das schärfste nochmals hervorzuheben, dass die Beurteilung der restierenden Herzkraft bei den Herzbeutelverwachsungen oft mit grosser Sicherheit aus dem Grade und der Kraft der abnormen Brustwandbewegungen zu gewinnen ist. Ein Herz, welches imstande ist die Brustwand systolisch einzuziehen und zu der diastolischen Vorfederung zu führen, hat stets noch eine sehr beträchtliche Reservekraft, welche nach der funktionellen Entlastung des Herzens durch die Kardiolysis der Zirkulation dann zugute kommt.

Als Beweis hierfür stellt Brauer den ersten der seinerzeit zur Kardiolysis gebrachten Fälle vor; dieser Kranke ist trotz beträchtlicher Irregularitas cordis, trotz Fortbestandes des im allgemeinen etwas gebesserten Pickschen Symptomenkomplexes, trotz recht unzweckmässiger Lebensweise immer noch arbeitsfähig (Werkmeister in Motorenfabrik, häufige Geschäftsreisen, häufig beträchtliche körperliche Anstrengungen, Abusus cerevisiae). An der Hand mehrerer Röntgenbilder und graphischer Aufzeichnungen sowie unter Demonstration eines Falles bespricht Brauer zum Schluss die häufigen Erscheinungen behinderter Herzaktion und der dadurch bedingten abnormen Brustwandbewegungen, die sich in Begleitung ausgedehnterer pleuritischer Schwarten, besonders bei Verlagerungen des Herzens finden. Diesen Fällen wird zurzeit auf der Marburger medizinischen Klinik besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Es haben sich hier mancherlei praktisch wichtige Ergebnisse erheben lassen.

Herr **Küttner**-Marburg: **Ueber Pseudoappendizitis.**

K. geht, ohne Berücksichtigung der zahlreichen Verwechslungen mit Erkrankungen der Gallenwege, der weiblichen Genitalien, des uropoetischen Systems, nur auf die Fälle ein, bei welchen das Krankheitsbild der Appendizitis besteht, ohne dass überhaupt Veränderungen an den Organen der Bauchhöhle nachweisbar sind. In diesen Fällen kann die Epityphlitis nicht durch den klinischen Verlauf allein ausgeschlossen werden; es

genügt nicht einmal das makroskopisch normale Aussehen des abgetragenen und aufgeschnittenen Wurmfortsatzes, sondern entscheidend ist einzig und allein der normale histologische Befund an dem exstirpierten Prozessus bei Untersuchung in Schnittserien oder wenigstens in Stufenschnitten. Wichtig für die Beurteilung der Frage ist die Feststellung, dass der Wurmfortsatz nach leichteren Anfällen wieder vollkommen normal werden kann, was vom Vortr. ausführlicher begründet wird. Daraus ergibt sich, dass die voraufgegangene Epityphlitis niemals mit Sicherheit ausgeschlossen werden darf, wenn am beschwerdefreien Kranken im Intervall ein auch histologisch normaler Wurmfortsatz entfernt wird; wohl aber muss von Täuschungen gesprochen werden 1. wenn bei chronischen Beschwerden in der Blinddarmgegend ein mikroskopisch normaler Wurmfortsatz gefunden wird, 2. wenn im Anfall operiert wurde und der entfernte Prozessus vermiformis sich als unverändert erweist.

Unter Anführung eigener Beobachtungen und unter dem Hinweis, dass die Häufung der Epityphlitisfälle seines Erachtens nur eine scheinbare ist, bedingt durch die Fortschritte der Diagnose (vergl. Villarets Statistik aus den amtlichen Berichten über die Krankenbewegung in der Armee) geht K. sodann auf die Fehlerquellen der Epityphlitisdiagnose ein, bespricht die neurasthenische, die hysterische Pseudoappendizitis und die Fälle, in denen nervöse Störungen der Darmfunktion, Spasmen der unteren Dickdarmabschnitte, echte Neuralgien das Krankheitsbild der chronischen oder chronisch-rezidivierenden Epityphlitis vortäuschen. Für noch wichtiger hält der Vortr. die zweite Gruppe von Fällen, welche mit schweren lokalen und allgemeinen Symptomen unter dem Bilde der akuten Wurmfortsatzentzündung verlaufen und den Arzt zu unmittelbarem Handeln zwingen. Die klinischen Erscheinungen sind in diesen Fällen die der diffusen oder umschriebenen Peritonitis, der autoptische Befund dagegen liefert für die akuten Erkrankung weder des Wurmfortsatzes noch des Peritoneums irgend welche Anhaltspunkte. K. schildert die hysterische Pseudoperitonitis, beschreibt Fälle, in denen trotz negativen Befundes die Ursache des peritonitischen Symptomenkomplexes in der Bauchhöhle gesucht werden musste, geht auf die Differentialdiagnose der mit abdominalen Erscheinungen verlaufenden Pneumonie und Pleuritis ein und erwähnt Beobachtungen, bei denen das Krankheitsbild der akuten Epityphlitis durch Neuritis bei fieberhafter Influenza, durch Bauchmuskelerkrankung bei akuter Polymyositis, durch Hüftgelenksaffektion oder Neuritis bei beginnendem akuten Gelenkrheumatismus vorgetäuscht

wurde. Gerade in diesen Fällen ist die Differentialdiagnose besonders schwierig, da sich auch die echte Epityphlitis an Infektionskrankheiten anschliessen kann (Hinweis auf die Albrechtschen Untersuchungen über die schutzbringende Bedeutung des lymphadenoiden Gewebes). Zum Schluss betont K. die Wichtigkeit der rückhaltlosen Mitteilung diagnostischer Irrtümer, weil nicht indizierte Eingriffe geeignet sind, die glänzenden Resultate der chirurgischen Epityphlitisbehandlung zu verschlechtern und die segensreiche Operation in Misskredit zu bringen.

Diskussion: Herr L. Rehn: Herr Küttner hat unter der Bezeichnung: „Pseudoappendizitis" die Geschichte der Fehldiagnosen bei den Erkrankungen des Wurmfortsatzes vorgetragen. Der Name scheint mir nicht glücklich gewählt, namentlich wenn man eine Neuralgie des N. ileohypogastricus oder eine Myositis usw. mit unter diesen Begriff fassen will.

Der Redner hat von Pseudoappendizitis bei chronischen und in akut verlaufenden Fällen gesprochen.

Was die Fälle der ersten Kategorie anlangt, so ist es bei dem oft so dunklen Krankheitsbild begreiflich, dass diagnostische Irrtümer vorkommen, dass Wurmfortsätze entfernt werden, welche unschuldig an dem Leiden sind, dass andererseits in komplizierten Fällen auch nach der Entfernung eines kranken Wurmfortsatzes Beschwerden zurückbleiben können, also die Operationsresultate nicht ganz befriedigende sind. Wenn Herr Küttner vor Appendektomie bei Neurasthenikern und Hysterikern warnt, so ist das gewiss sehr richtig. Aber ich denke, dass diese Dinge keinem Frankfurter Arzte unbekannt sind. Wir haben längst gelernt, darauf zu achten. Immerhin kann bekanntlich auch einmal ein Patient durch eine chronische Wurmfortsatzerkrankung recht nervös geworden sein, und eine hysterische Frau kann einmal an Appendizitis erkranken. Aber davon abgesehen ist mit Nachdruck zu betonen, dass es noch eine recht grosse Anzahl von Patienten gibt, welche als Magen- und Darmkranke, als Hypochonder monate- und vielleicht jahrelang vergeblich behandelt und erst durch die Entfernung des kranken Wurmfortsatzes dauernd und völlig geheilt werden.

Was nun die Irrtümer in akuten Fällen von Blinddarmentzündung anbelangt, so ist zu unterscheiden, ob wir uns bezüglich der Infektionsquelle geirrt haben, wie es zuweilen bei akuter Cholezystitis, Adnexerkrankungen usw. vorkommt, oder ob wir überhaupt keine Erkrankung im Bauch vor uns haben. Das erstere ist wohl von geringer Bedeutung. Das letztere erscheint nach meinen Erfahrungen recht selten. Die Irrungen bei Pneumonie sind lange bekannt und können wohl meist vermieden werden.

Was wollen aber diese wenigen Fehldiagnosen sagen, wenn wir die ungeheure Bedeutung der Frühdiagnose bei den infektiösen Prozessen im Bauchraum uns vor Augen führen. Bekanntlich gibt es nichts Schwierigeres, als eine Diagnose und Prognose dieser Erkrankungen zu stellen. Wir wissen aber ganz genau, dass das einzige Heil so vieler Patienten in einer frühen Erkennung des Leidens und in einem zeitigen Eingriff besteht.

Es gibt gewisse Zeichen, bei deren Vorhandensein ein rasches Eingreifen geboten ist. Ich brauche nur auf ein plötzliches Einsetzen der Erkrankung, auf die hochgradige Schmerzhaftigkeit, reflektorische Muskelspannung, erhöhte Rektaltemperatur etc. hinzuweisen, alles Zeichen, dass eine schwere Erkrankung im Bauchraum zu befürchten ist.

Mit vieler Mühe haben wir es dahin gebracht, dass Fälle dieser Art zeitig zur Operation gebracht werden. Warnungen vor unnötigen Eingriffen sind hier meines Erachtens nicht am Platz. Der Gewinn an Menschenleben überwiegt doch unendlich, wenn wir uns an die mühsam errungene Indikationsstellung halten.

Um endlich noch einen Punkt zu erwähnen, den Herr Küttner hervorgehoben hat, dass Albrecht die Appendix als lymphoides Schutzorgan auffasst, so kann ich nur sagen, dass bisher von Ausfallserscheinungen nach Appendektomie nichts bekannt geworden ist.

Herr Sippel weist auf die von dem Herrn Vortragenden nicht erwähnten falschen Diagnosen bei Schwangeren hin. Man diagnostizierte akute Appendizitis, operierte und fand vollkommen normale Verhältnisse. Es handelte sich um das von S. beschriebene Krankheitsbild der Ureterenkompression mit aufsteigender Infektion, ein Krankheitsbild, dessen richtige Diagnose möglich ist.

Herr Albrecht bestätigt die vom Vortragenden hervorgehobene Bedeutung des Wurmfortsatzes unter nochmaliger Verweisung auf einen von ihm gehaltenen Vortrag über die Bedeutung der lymphatischen Apparate des Darmtraktus, wie es der Vortragende schon getan hatte.

Ordentliche Sitzung vom 5. März 1906.

Vorsitzender: Herr Emanuel Cohn.
Schriftführer: Herr J. Rosengart.

Herr **Albrecht** demonstriert:

1. einen Fall von miliarer **Tuberkulose** im Anschlusse an: käsigen Abszess der linken Niere, fortschreitende, zum Teil käsige Tuberkulose der oberen Lumbaldrüsen, käsige Tuberkulose der Cysterna chyli, obturierender Tuberkel an einer Klappe im mittleren Drittel des Ductus thoracicus durchgebrochen, spärliche Knötchen im obersten Teil des Ductus. Die Nierentuberkulose und eine gleichzeitige käsige Tuberkulose des linken Nebenhodens wahrscheinliche Folge von verkreideten tuberkulösen Herden der Spitzen.

2. 2 Fälle von **Zerebrospinalmeningitis**, verursacht durch Pneumokokken,

a) bei ca. 40 jährigem Manne, im Anschluss an sublobuläre lenteszierende **Pneumonie** des rechten Oberlappens,

b) im Anschlusse an linksseitige sero-fibrinöse **Pleuritis** (in Organisation begriffene fibrinöse Auflagerung zwischen Ober- und Unterlappen) bei 3 jährigem Kinde.

Nebenhöhlen des Schädels in beiden Fällen frei.

3. biliöse **Pneumonie** bei einem 60 jährigen Manne: fast totale Infiltration des rechten Ober- und Unterlappens, im Stadium der Resolution; substantielles Emphysem, grosse Bullae emphysematosae zwischen fibrösen Einziehungen beider Spitzen, entsprechend abgeheilten tuberkulösen Herden. In der rechten Spitze 2 etwa walnussgrosse, grossenteils mit Eiter gefüllte Emphysemblasen, welche klinisch den Eindruck von Kavernen hervorgebracht hatten. Der Vortragende erwähnt im Anschluss die gelegentliche Entstehung eines gutartigen Pneumothorax bei derartigen Blasen der Spitzen, gelegentlich auch des rechten Mittellappens, der Lingula, seltener anderer Partien, welche Blasenbildungen bei abgeheilter Tuberkulose von Emphysematikern nicht allzu selten sind.

4. hühnereigrosses **Karzinom** des rechten Oberlappens bei einem 50 jährigen Mann, in beginnender Fortwucherung (glatter kirschkerngrosser Knoten) in den rechten Hauptbronchus. Das Karzinom war von einer teilweise zweifingerdicken Schichte schwartig schiefrigen, von Bronchiektasien durchsetzten Gewebes sowie von dicken Pleura-

schwarten vollständig umschlossen, entsprechend einer abgeheilten Tuberkulose des zu ¾ fibrös geschrumpften Oberlappens. Neben der Tuberkulose bestand eine vorgeschrittene Tabes dorsalis, besonders des Halsmarkes; sowie diffuses Aneurysma der Aorta ascendens bei kombinierter Aortitis thoracica und geringgradiger kalkiger Endaortitis. Der Tod erfolgte durch Embolie beider Lungenarterien, ausgehend von Thromben der Venae popliteae im Anschlusse an ausgedehnte Thrombose der beiderseitigen Beugemuskelvenen der Unterschenkel (tiefe Varizen).

Tuberkelbazillen waren in dem Sputum nicht nachgewiesen worden; in dem post mortem untersuchten Inhalt des rechten Hauptbronchus fanden sich nur Eiter und Schleim, keine Tumor- noch Körnchenzellen.

5. auf die Aortaklappen in Fortsetzung begriffene **Aortitis thoracica** bei Paralytikerin.

6. Fall von multipler, durch septische Embolie bedingter Bildung von **Aneurysmata spuria** im Anschlusse an subchronische verruköse Streptokokkenendokarditis der Aortaklappen bei einem kräftigen jungen Manne, welcher vor mehreren Monaten einen Typhus durchgemacht haben soll. Chronische fibröse Endokarditis der Aortaklappen und Mitralis, Dilatation und Hypertrophie der Ventrikel. Tod durch akute Anämie im Anschluss an den Versuch, ein dem Platzen nahes etwa faustgrosses Aneurysma des Mesenteriums zu unterbinden. Vor mehreren Wochen war die Unterbindung eines kleineren Aneurysma spurium des Mesenteriums mit Erfolg ausgeführt worden. Die linke Arteria brachialis zeigte etwa in ihrer Mitte, mit dem umgebenden Gewebe bereits in fibröser Verlötung begriffen, eine etwa daumendicke und ca. 4 cm lange spindelige Auftreibung, in deren Bereich die Wand grösstenteils durch teilweise eitrig einschmelzende Gerinnselmasse ersetzt war: Vorstadium des nicht mehr zur Ausbildung gelangten Aneurysma spurium. Der Prozess ist so zu denken, dass von den teilweise bis kirschkerngrossen ziemlich festen endokarditischen Auflagerungen grobe Bröckel in die betreffenden Arterien eingeschwemmt wurden, worauf bakterielle Durchwanderung und Zerstörung der Wand, Erweichung der Gerinnsel teils durch Vereiterung, teils durch den Blutstrom erfolgten und das Blut der Arterie in Form eines falschen Aneurysmas in die Umgebung durchbrach.

Diskussion: Herr L. Rehn bespricht mit einigen Worten den klinischen Verlauf des von Herrn Albrecht zuletzt erwähnten Falles, verweist im übrigen auf eine demnächst erfolgende ausführliche Mitteilung in dieser Wochenschrift.

Herr Vohsen: Es wäre dankenswert, wenn uns etwas über die klinischen Erscheinungen des demonstrierten Lungenkarzinoms mitgeteilt würde. In diesem Falle hätte nach dem Präparat die Bronchoskopie ihren diagnostischen Wert zeigen können, denn der in den Hauptbronchus durchgewachsene Teil des Karzinoms liegt so, dass er bei einer bronchoskopischen, ja vielleicht schon bei einer tracheoskopischen Untersuchung hätte wahrgenommen werden müssen und eine Probeexzision unschwer möglich gewesen wäre. Man soll in Fällen von andauerndem Husten diese Untersuchung nie unterlassen.

Herr Treupel: Wie Sie an dem Präparate von Lungenkarzinom bei gleichzeitiger Lungentuberkulose sahen, befand sich der Tumor tief in der Lunge und war von älteren tuberkulösen Infiltrationen und Kavernen umgeben. Ausserdem war

die Lunge von einer dicken pleuritischen Schwarte überzogen. Es ist daher begreiflich, dass der Tumor als solcher bei der physikalischen Untersuchung der Lunge keine besonderen Erscheinungen gemacht hat. Wir hatten den rein eiterigen Auswurf des öfteren untersucht mit stets negativem Resultat sowohl in bezug auf Tuberkelbazillen als auch auf irgendwelche für einen Tumor verdächtige Bestandteile. Erscheinungen, die auf eine Verengerung eines Hauptbronchus hingedeutet hätten, bestanden nicht. In der Tat ist ja auch der Teil des Tumors, der in den Bronchus hineinragt, nicht sehr gross, doch muss zugegeben werden, dass, wenn man überhaupt den Verdacht auf einen Lungentumor gehabt hätte, die Bronchoskopie diesen Teil zu Gesicht gebracht und bei Exstirpation eines kleinen Probestückchen auch zur Diagnose in vivo geführt hätte.

Unsere Diagnose der alten Lungentuberkulose sowie einer Tabes dorsalis hat die Sektion, wie Sie sahen, ja auch bestätigt. Mit Rücksicht auf die Tabes dorsalis bemerke ich, dass der Patient als hauptsächlichstes Symptom eine reflektorische Pupillenstarre mit Miosis bot, und dass die graue Degeneration in den Hintersträngen am intensivsten im Bereich des Halsmarkes gewesen ist.

Das gleichzeitige Vorkommen von Lungentuberkulose und Lungenkarzinom ist nach meinen nunmehr fünfzehnjährigen klinischen Erfahrungen recht selten.

Herr **Friedrich Strauss** demonstriert:

1. operierten Fall von **Nierentumor.**

58 jährige Patientin; nie Beschwerden, nie Blutung. Erstes Symptom: heftig einsetzende Hämaturie. Linke Niere als Tumor fühlbar, aber sehr tief stehend, so dass leicht Darmtumor vorgetäuscht werden konnte. Die wenn auch heftige Blutung konnte nicht zum sofortigen Eingreifen veranlassen. Str. präzisiert seinen operativen Standpunkt: Er entfernt die eine Niere nicht, wenn er nicht über das Verhalten der anderen Niere aufgeklärt ist. Die andere Niere war als Wanderniere und von unbestimmter Form vergrössert fühlbar. War sie frei von Tumor? Beantwortung dieser Frage stiess auf erhebliche Schwierigkeiten. Erste Zystoskopie resultatlos infolge heftiger Blutung. Zweite Zystoskopie konstatierte grossen, vom Blasenboden ausgehenden Tumor. Reichliche prolongierte Blasenspülungen zur Entscheidung ob Pseudotumor, aus Blutkoagula bestehend, vorliege. Dritte Zystoskopie: Tumor verschwunden; Feststellung der prompten und regulären Ausscheidung von Indigkarmin durch die rechte Niere. Blutgefrierpunkt befriedigend.

Damit erst war der Fall klargestellt und es durfte die Nephrektomie vorgenommen werden.

Der Tumor erwies sich als Hypernephrom. Sehr grosser Blutreichtum. Es ist bereits Durchbruch eines Geschwulstthrombus in die Nierenvene erfolgt, der mit der Nierenvene entfernt wurde. Seit Operation 5 Monate verflossen; Patientin fühlt sich vollkommen gesund. Sollten noch keine Metastasen vorhanden sein, so stand der Tumor unmittelbar vor der Metastasierung.

2. operierten Fall von **Steinniere.**

54 jähriger Patient. Strictura urethrae. Grosser Tumor in der linken Bauchseite. Milz gut abgrenzbar. Dickeitriges Harnen. Kolon

vor dem Tumor verlaufend, gut abtastbar. Diagnose der Pyonephrose leicht. Schwerer die Feststellung des Zustandes der anderen Niere. Um ein Instrument in die Harnröhre einführen zu können musste Urethrotomie gemacht werden. Profuse Eiterung aus der linken Niere erschwerte das zystoskopische Erkennen. Doch gelang es durch geeignete Massnahmen Vorhandensein und normale Funktion der rechten Niere festzustellen.

Langer, die Lendengegend schräg durchziehender Schnitt nach vorne parallel zm Lig. Poupartii bis zu dessen Mitte verlängert. Infolge alter entzündlicher Prozesse ausgedehnte Paranephritis. Das ganze Gewebe um die Niere aus derben, teils knorpelharten Schwarten bestehend, die nach allen Seiten, besonders nach dem Peritoneum, Verwachsungen bildeten. Entfernung der Pyonephrose schwierig. Heilungsverlauf glatt. In der 5. Woche Anurie. Schwitzprozeduren. Nach 2 mal 24 Stunden Freilegung der restierenden Niere. Niere vergrössert, gestaut, wird dekapsuliert. Im Nierenbecken nichts fühlbar. Erfolg negativ. Weitere 2 Tage Anurie. In der Nacht vom 4. zum 5. Tag Einsetzen der Diurese. Ursache der Anurie war ein Uretersteiu, der keinerlei Symptome machte. Heilung nun ungestört. Die einzige Niere hat den Eingriff der Dekapsulation sehr gut ertragen. Patient vollständig gesund.

Niere um das vielfache ihres Volums vergrössert, eingebettet in dicke fettig-fibröse Schwarten; mehrere Abszesse in Fettkapsel. Grösster Teil der Niere verfettet. Obere Kelchhöhlen eitergefüllt, übrige ausgefüllt mit grossem vielverzweigtem korallenförmigen Stein.

Herr **G. Löffler: Demonstration eines Patienten mit nervöser Kehlkopfaffektion.**

M. H.! Der junge Mann, den ich Ihnen vorstellen möchte, leidet an einer dem Wesen nach keineswegs seltenen Krankheit. Diese äussert sich aber bei unserem Patienten durch einen ganz eigenartigen Symptomenkomplex, der in solcher Art bisher nur wenig bekannt war. Ich glaubte daher, Ihr Interesse für den Fall einen Moment in Anspruch nehmen zu dürfen, um so mehr, als seine Kenntnis von nicht zu unterschätzender praktischer Bedeutung ist, wie Ihnen die Schicksale des Patienten beweisen werden. Was Ihnen bei letzterem auffallen wird, ist zunächst eine noch ziemlich frische Tracheotomienarbe und die merkwürdige gepresste Sprache, die Sie hören, wenn ich den jungen Mann jetzt einige Worte sagen lasse (geschieht!). Was es mit beiden für eine Bewandtnis hat, werden Sie aus der Krankengeschichte des Patienten ersehen, die ich Ihnen nun kurz berichten will.

Pat. wurde am Abend des 17. Januar d. J. in unser Hospital in bewusstlosem Zustande eingeliefert. Die ihn transportierenden Leute sagten mir, sie hätten ihn auf der Strasse zusammengebrochen und ohne Zeichen von Bewusstsein aufgefunden, genau in dem Zustande, den er jetzt darbiete. Der Kranke machte auf den ersten Blick einen direkt beängstigenden Eindruck. Er atmete mit lautem, ziehendem In- und pfeifendem Exspirium. Da mir am Halse die Ihnen vorhin demonstrierte frische Tracheotomienarbe in die Augen sprang, so war mein erster Gedanke, es handle sich um eine Larynxstenose infolge Granuloms, das durch die Tracheotomie sich gebildet haben könnte. Infolgedessen schien eine sofortige Operation, d. h. Wiedereröffnung der Narbe und Einlegen einer Kanüle in die Trachea dringend geboten, und ich liess dementsprechend die Vorbereitungen

treffen. Allein bei weiterer Beobachtung fiel mir auf, dass trotz Fortdauer des geschilderten Zustandes keine Spur von Zyanose auftrat; und dann war mit einer Larynxstenose die tiefe Bewusst- resp. Reaktionslosigkeit (Kornealreflex erloschen!) nicht vereinbar. Der Verdacht, dass es sich um einen hysterischen oder hystero-epileptischen Anfall handle, wurde mehr und mehr rege. Es kamen daher Faradisation, Zungentraktionen und andere, wenig angenehme, äussere Reizmittel in Anwendung, doch ohne Erfolg. Die Laryngoskopie wurde versucht, war aber nicht möglich. Nachdem der geschilderte Zustand ungefähr 1½ Stunden unverändert fortgedauert hatte, wurde Pat. zu Bette gebracht und erhielt eine Morphiuminjektion. Er atmete noch etwa 3 Stunden in der gleichen Weise, dann wurde die Atmung allmählich ruhiger, normal. Dagegen hielt die Bewusstlosigkeit noch 1½ Tage an; während dieser Zeit reagierte er auf keinerlei Reize, die Corneae waren fast ohne Reflex und die Augäpfel befanden sich permanent in Radstellung. Einmal liess Pat. Urin unter sich gehen. Am 19. Januar mittags erwachte er und wusste angeblich von dem ganzen abgelaufenen Zustande nichts. Es hinterblieb weiterhin und bis heute die vorhin demonstrierte gepresste Sprache und in psychischer Hinsicht eine leichte Reizbarkeit und Zanksucht. Am 6. Februar hatte der Patient einen ohnmachtähnlichen Anfall, der nach ¾ Stunden wieder behoben war. Dagegen stellte sich am Abend des 14. Februar, nachdem Patient den Tag über ein recht aufgeregtes Wesen gezeigt hatte, ein Anfall von Glottiskrampf und Bewusstlosigkeit ein, genau von derselben Art wie bei der Aufnahme. Um den Spasmus der Stimmbänder zu lösen, zugleich auch aus diagnostischen Gründen, chloroformierten wir diesmal den Patienten an und — die Atmung wurde in der Narkose ruhig, im Exzitationsstadium die Sprache fast klar! Sobald die Chloroformwirkung vorüber war, wieder Stenosenatmung, ausserdem noch Stunden lang wirres Reden. Am nächsten Morgen wieder normales Verhalten. Gerade auf Grund der letzten Wahrnehmungen müssen wir die sonderbaren Anfälle stenotischer Atmung als durch nervösen Spasmus der Stimmbänder bedingt erklären. Die zugleich auftretende Bewusstlosigkeit hat immerhin manches an sich, was sie als nicht hysterisch, sondern eher als epileptiform auffassen lässt. Da wir durch den Patienten hörten, er sei in Wien und Leipzig tracheotomiert worden, so zogen wir dort Erkundigungen ein über die Ursache der stattgehabten Operationen. Wir erhielten den Bescheid, dass es sich jedesmal um dieselben Zustände handelte, deretwegen Patient bei uns zur Aufnahme gelangte, und dass man erst nach der Operation die nervöse („hysterische“) Natur des Anfalles erkannt habe. Mit Rücksicht darauf möchte ich die Demonstration mit der Bitte beenden, dass Sie, m. H., den Patienten in der Erinnerung behalten möchten, damit er nicht etwa, wenn er bei uns entlassen wird und wieder einen ähnlichen Anfall bekommen sollte, in einer anderen Klinik hiesiger Stadt unnötiger Weise nochmals operiert wird.

Herr **Ludwig Wolff** bespricht den **Kehlkopfbefund** des von Herrn Löffler vorgestellten Patienten:

Die Stimmbänder zeigen das Bild der Postikuslähmung, sind fast geschlossen, lassen nur nach hinten einen kleinen dreieckigen Spalt offen. Ganz selten werden deutliche und ausgiebige Abduktionsbewegungen gemacht. Diese Möglichkeit der Abduktion ist für die

Beurteilung des Falles sehr wichtig. Kokaineinspritzungen lösen den Krampf nicht, dagegen lässt in Chloroformnarkose der Stridor nach, wie auch die Sprache ihren gepressten Charakter verliert.

Aehnliche Beobachtungen veröffentlichten Krause und Michael. In einem dem vorgestellten Falle am meisten entsprechenden bei einem hysterischen Mädchen, den Onodi beschreibt, half die Hypnose.

Diskussion: Herr Treupel: M. H.! Der Patient, über den Ihnen Herr Löffler berichtet hat, ist mir bekannt. Er wurde am 4. Februar vorigen Jahres mit denselben Erscheinungen, wie sie Ihnen Herr Löffler eben geschildert hat, ins Heilig-Geist-Hospital eingeliefert. Der Kehlkopfbefund bot damals während des Anfalles folgendes Bild: Bei der sehr beschleunigten von deutlichem Stenosegeräusch begleiteten Atmung ist die Rima glott. fast vollständig geschlossen und die Taschenbänder werden durch den einströmenden Luftstrom eingestülpt. Lenkt man die Aufmerksamkeit des Patienten ab, so werden die Stimmbänder, oft allerdings nur für Augenblicke, in normaler Weise abduziert. Beim Phonieren treten die Taschenbänder wieder fast bis zur Berührung vor, während die Stimmbänder einen ovalen Spalt (wie bei der Internuslähmung) lassen.

Ich stellte damals die Diagnose: Hysterisches Tonquetschen und hysterische verkehrte Einatmung, sodass das Bild einer Postikuslähmung entsteht. Wir haben den Patienten nicht tracheotomiert, sondern die Erscheinungen haben sich auf Zureden zurückgebildet. Tracheotomienarben hatte Patient übrigens damals noch nicht.

M. H.! Ich wollte Ihnen sehr gern damals den Patienten hier im Verein demonstrieren, weil es ein ganz einwandsfreier Fall ist, der zeigt, dass das Bild und die Begleiterscheinungen der Postikuslähmung bei Hysterischen vorkommen und nach meiner Ansicht bei genügender Uebung auch willkürlich erzeugt werden können. Das habe ich schon vor 12 Jahren behauptet und bin damals von Semon und Burger sowohl deshalb, als auch wegen meiner Erklärung der hysterischen Bewegungsstörungen im Kehlkopfe überhaupt heftig angegriffen worden.

Die Demonstration musste leider unterbleiben, denn der Patient hat schon am zweiten Tage, nachdem er sich von uns durchschaut sah, das Hospital verlassen. Ich freue mich deshalb, dass Ihnen der Patient heute von anderer Seite mit wesentlich derselben Auffassung, wie ich sie damals von ihm hatte, vorgestellt worden ist. Dass der Patient tatsächlich willkürlich das Bild der Postikuslähmung erzeugen konnte, habe ich im Kehlkopfspiegel bei ihm beobachten können. Er vermochte nämlich, wie bereits gesagt, schliesslich ganz normal zu atmen, so wie Sie es ja heute bei ihm sahen. Forderte man den Patienten aber auf, wieder recht tief und rasch zu atmen, so schloss sich die Rima glott. wieder, die Taschenbänder sprangen wieder gegenseitig vor, kurz es stellte sich wieder dasselbe Bild der Postikuslähmung dar, das er bei seiner Einlieferung ins Spital geboten hatte.

Herr Vohsen: Bei der Diagnose funktioneller Larynxerkrankungen, die ähnliche Erscheinungen wie der vorgestellte Fall bieten, braucht die Grundlage nicht immer im Nervensystem gesucht zu

werden. Ich habe einen Fall mehrere Wochen behandelt, der dann in andere Behandlung überging, ohne dass es mir oder dem zweiten Kollegen möglich gewesen wäre, eine andere, als eine nervöse Störung anzunehmen. Der Patient litt seit Kindheit an Heiserkeit, verschluckte sich häufig in den letzten Jahren, bekam Erstickungsanfälle beim Rauchen und zeigte laryngoskopisch nur athetotische Erscheinungen und nicht klar deutbare Innervationsstörungen der Stimmlippen. Ein Anfall von Atemnot brachte ihn zur Vornahme der Tracheotomie in das städtische Krankenhaus, wo Rehn bei der Vorbereitung zur Tracheotomie eine den Larynx von hinten umklammernde Struma fand, nach deren Exstirpation die Heilung eintrat, ohne dass die Tracheotomie ausgeführt zu werden brauchte.

Herr **O. Kohnstamm: Neuere Forschungen über Sensibilitätsstörungen.**

K. referiert zunächst über Heads neueste Arbeitsergebnisse in der Lehre von den peripheren Nerven. Diese bauen sich auf einem Selbstversuch am eigenen Körper auf, der in Durchschneidung der Hautäste des Nervus radialis bestand. H. kommt zur Unterscheidung einer tiefen Sensibilität, deren Fasern mit den motorischen Muskelnerven verlaufen und der Wahrnehmung aller Arten von auf die Haut ausgeübtem Druck dienen. Die eigentliche Hautsensibilität wird geleistet: 1. durch die protopathischen, 2. durch die epikritischen Fasern. Die ersteren regenerieren schnell nach Durchschneidung, nehmen nur extreme Temperaturen und Stiche wahr und lokalisieren schlecht. Letztere stellen sich erst nach Monaten wieder her und bewirken fein graduierte Temperaturempfindungen. Sie empfinden feine Berührungen und lokalisieren gut.

In einer Uebersicht über die Empfindungsleitung im Rückenmark zeigt Vortr., dass die von Rothmann urgierte Beteiligung des Widerstands an der Temperaturleitung nach K.s anatomischen Untersuchungen darauf beruht, dass die Fasern nach ihrer Kreuzung in der vorderen Kommissur längs der vorderen Längsspalte zum Areal des Gowersschen Stranges hinziehen.

Während durch zerebrale Herde, wenn sie die Temperaturleitung schädigen, der Wärmesinn mehr betroffen wird, als der Kältesinn, scheint es (nach fremder und eigener Beobachtung) bei bulbären Herden die Regel zu sein, dass der Kältesinn vorwiegend gestört ist.

In theoretischer Hinsicht hält Vortr. im Gegensatz zur Lehre von den spezifischen Energien die Annahme für unerlässlich, dass der Erregungsstrom in jeder Nervenfaser qualitativ verschieden ist, je nach der Erregungsart, die in ihm geleitet wird. Was dem Telephondraht recht ist, muss auch der Nervenfaser billig sein. Die spezielle Erregungsform bringt

sich an den zentralen Wirkungsstätten zur Geltung durch ihre Eigenart und nicht durch Isolierung der Leitung, die nicht besteht. Die Lokalisierung der Leitung kommt zustande durch die lokalisierende „Reflexdeterminante", die auf eigenen Bahnen zentralwärts weitergeleitet wird.

Wenn diese besondere Lokalisationsbahn geschädigt wird, z. B. durch gewisse Herde in der inneren Kapsel, die den Sehhügel mit beteiligen, so kommt es zu Topoanästhesie, wie sie besonders durch Schaffer für den Hautsinn und durch Exner für den Gesichtssinn beschrieben worden ist.

Ausserordentliche Sitzung vom 12. März 1906.

Vorsitzender: Herr E. Cohn.
Schriftführer: Herr J. Rosengart.

Herr **Friedländer** erstattet den Bericht der Kommission für Errichtung eines Luft- und Sonnenbades in unserer Stadt. Er beantragt mit einem Gesuch an den Magistrat heranzutreten, aus städtischer Initiative ein Luft- und Sonnenbad zu errichten, an dessen Beaufsichtigung der ärztliche Verein resp. eine vom Verein dazu zu ernennende Kommission beteiligt werden soll. — Dieser Antrag wird einstimmig angenommen, und der Vorstand und die bisherige Kommission werden beauftragt, die Angelegenheit im Sinne des Beschlusses weiter zu betreiben.

Herr **Max Simon** berichtet über ein Vorkommnis, durch das die irrige Auffassung unserer städtischen Dienstbotenversicherung für Krankenhausbehandlung dargelegt wird. Im Publikum ist vielfach die Meinung verbreitet, als begriffe diese Versicherung auch die Behandlung ambulanter Kranker auf Kosten der Stadt in sich. Diesem Irrtum soll durch einen Vermerk auf den Versicherungskarten gesteuert werden.

Herr **Rosengart** referiert sodann über die Vorarbeiten für die Durchführung der **ärztlichen Sonntag-Nachmittagsruhe.** In der ausserordentlichen Sitzung vom 2. Januar d. J. ist beschlossen worden: 1. Die Sonntag-Nachmittagsruhe und Vertretung dauert von 12 Uhr mittags bis 9 Uhr abends. 2. Die Vertreter werden jedesmal auf den Einladungskarten zu den Vereinssitzungen den Kollegen bekannt gegeben und am schwarzen Brett des Senkenbergschen Institutes angeschlagen. Die nachfragenden und bestellenden Patienten erfahren die Namen der Vertreter in den Wohnungen ihrer Aerzte beim Hauspersonal. 3. Die Vertretung ist eine gegenseitige und unentgeltliche. 4. Die Vertretungen finden bezirksweise statt. Die Vertretung nach Spezialitäten soll angestrebt werden.

Die Sonntagsruhe der Aerzte kommt mit dem 1. April d. J. zur Einführung.

An der Organisation haben sich 77 Aerzte der Stadt, 7 in Bockenheim, 7 in Sachsenhausen, 2 in Niederrad, 1 in Oberrad beteiligt. Die Kollegen in Sachsenhausen bilden einen Turnus unter sich; die in Bockenheim, wo bisher die Sonntagsruhevertretung schon bestanden hat, werden ihre Organisation auch weiter selber in der Hand behalten. Für Niederrad und Oberrad kann wegen zu geringer Beteiligung eine Organisation noch nicht geschaffen werden.

Für die Stadt werden 5 Aerztebezirke gebildet, die sich z. T. der Polizeireviereinteilung, z. T. der radiären Richtung unserer Trambahn anschliessen werden. Für jeden Bezirk werden auf jeden Sonntag-Nachmittag zwei Vertreter aufgestellt. Es wird auf diese Weise jeder Kollege fünf freie Sonntagnachmittage haben, bis er wieder an einem Sonntagnachmittag den Dienst für sich und gemeinschaftlich mit dem 2. Vertreter für seine Kollegen im Bezirk zu tun hat.

Der Referent hebt hervor, dass durch die seit dem 1. März d. J. in Kraft getretene allgemeine gewerbliche Sonntagsruhe unsere Bestrebungen unterstützt werden werden, da das Publikum aus den Nachbarstädten und Vororten dadurch am Sonntag weniger zahlreich zur Stadt komme, seine Einkäufe an Wochentagen machen müsse und so künftig die Aerzte auch an Wochentagen aufsuchen werde.

Die Organisation der Spezialisten ist bisher noch nicht geglückt. Die Chirurgen haben unter sich vereinbart, dass sie ihre Ortsanwesenheit an Sonntagen den Rettungswachen jedesmal mitteilen wollen, wo sie dann am schnellsten erfragt werden können.

An der Diskussion beteiligen sich sodann die Herren v. Wild, Sippel, Seligmann, Stiebel, Deutsch, Heyder, Günzburg, H. Strauss und Hanau.

Nach einem Schlusswort des Berichterstatters wird die ins Auge gefasste Organisation gutgeheissen, und einstimmig der Beschluss angenommen, dass das Ziel der Sonntagsruhe eifrig verfolgt, und dass das Publikum durch geeignete Mitteilungen in den Tagesblättern davon unterrichtet und zur Mitwirkung erzogen werden soll.

Im weiteren Verlauf der Sitzung wird die Kommission zur Bekämpfung des Kurpfuschertums rekonstruiert; die Kommission zur Ueberwachung der Frankfurter Milchkuranstalt ergänzt, und ein Mitglied zur Bibliothekkommission gewählt.

Herr Flesch nimmt seinen früher schon einmal zum Beschluss erhobenen Antrag wieder auf, den Magistrat zu ersuchen, an die Privathospitäler und Kliniken für die daselbst eingewiesenen Patienten 3. Klasse einen Zuschuss zu leisten. Auf die frühere Eingabe ist eine Antwort von Seite des Magistrates nicht erfolgt. Herr Flesch kommt auch auf die freie Arztwahl in den Krankenhäusern zu sprechen. Nach einer Diskussion, an der sich die Herren Heyder, Marcus, Fridberg, Daube und Flesch beteiligen, wird der frühere Antrag Flesch angenommen.

Es findet sodann noch die Wahl zum Standesausschuss an Stelle dreier ausscheidender Mitglieder statt.

Zum Schluss wird vom Vorsitzenden noch eine Zuschrift der X. Bezirksvertragskommission verlesen, in welcher diese beantragt, „der Verein möge beschliessen, dass das Schutzbündnis der Aerzte über ganz Deutschland sich erstrecken solle. Sämtliche Aerzte sollen aufgefordert werden, durch Unterschrift sich diesem Bündnis in seinem erweiterten Geltungsbereich anzuschliessen". Dieser Antrag wird einstimmig zum Beschluss erhoben.

Ordentliche Sitzung vom 19. März 1906.

Vorsitzender: Herr Emanuel Cohn.
Schriftführer: Herr Rosengart.

Herr **Wislicenus: Demonstrationen.**

1. Fall von eigentümlicher **akuter Abknickung des Duodenum** durch nach rechts verdrängtes, hochgradig stenosierendes und in Ulzeration begriffenes Karzinom des Pylorus und durch den hochgradig dilatierten und geblähten Magen. Blutmassen in Magen und Ileum, Galle (kein Blut) in Duodenum und oberem Dünndarm. 53jähriger Mann. Tod 1 Tag vor der wegen Pylorusstenose beabsichtigten Operation.

2. Fall von **Embolie** eines ca. 40 cm langen und kleinfingerdicken, aus der rechten Vena saphena stammenden thrombotischen Gerinnsels **in den rechten Vorhof.** 2 cm langes abgerissenes Stück des Thrombus im rechten Hauptast der Arteria pulmonalis. Links in Abheilung, rechts in subakutem Stadium begriffene Thrombophlebitis der Hautvenen der Unterschenkelinnenseiten. I. Gravida, VIII. Mens. Tod innerhalb 3 Minuten im Anschluss an unerlaubtes Verlassen des Bettes.

3. Fall von **Hypertrophie und hochgradiger Dilatation der Blase** (mannskopfgross, bis Nabelhöhe reichend) und der Ureteren (über daumenweit) und beiderseitige Hydronephrose. Keine Prostatahypertrophie, keine Urethrastriktur. Kleine (bis hanfkorngrosse) Steinchen im linken Ureter. 61 jähriger Phthisiker.

4. Fall von subakuter villöser **Perikarditis** und frischer verruköser **Endokarditis** (Mitralis), beginnende beiderseitige fibrinöse **Pleuritis im Anschluss an septische Infektion** von Fingerwunde aus, bei chronischer interstitieller Nephritis und Herzhypertrophie. 47 jähriger Mann.

Herr G. Berg: Ueber wesentliche Gesichtspunkte bei der Diagnose und Therapie der Blasensteine.

Während sonst für die Diagnose die klinischen Symptome mit Recht einen hervorragenden Platz beanspruchen können, so ist dies bei den Blasensteinen nicht in demselben Masse der Fall. Das würde den Blick nur verwirren und vom Wesentlichen ablenken. Eine lokale Untersuchung ist daher unerlässlich,

um sich Klarheit und Sicherheit zu verschaffen. Für diese Untersuchung ist der Reihe nach notwendig das Bougie à boule, die Steinsonde und der Lithotriptor. Die lokale Untersuchung hat unter peinlichster Wahrung der Antisepsis nach jeweilig individuell verschiedener Vorbereitung der Blase zu geschehen.

Die lokale Untersuchung allein ermöglicht es, den Stein zu entdecken, wenn er noch klein ist und die Blase und die oberen Harnwege durch ihn noch nicht in Mitleidenschaft gezogen sind. Daher ist ihn zu erkennen eine der dankbarsten Aufgaben der ärztlichen Kunst. Nichts schädigt so sehr das Vertrauen des Patienten zu seinem Arzte, als wenn er einen Blasenstein, der später von einem anderen Arzt entdeckt wird, übersehen hat.

Mit dem Bougie à boule kann man sich über die Beschaffenheit der Harnröhre, etwa vorhandene Strikturen, über die Beschaffenheit der Blase, ihre Ausdehnung, Tiefe etc. informieren, nimmt auch wohl den Stein durch ein eigenartiges Geräusch, Krepitieren wie bei Pleuritis sicca wahr.

Nähere Aufschlüsse erhält man durch die metallene Steinsonde, dem klassischen Instrumente der Untersuchung auf Blasensteine. Hier kommt es schon darauf an, mit einer gewissen Methode vorzugehen, will man auch in schwierigen Fällen Erfolge erzielen und auch verborgene Konkremente zur Perzeption bringen. Namentlich ist die Aufsuchung derselben an ihren versteckten Lieblingssitzen an der hinteren und vorderen Blasenwand, unterhalb der Prostata, speziell auf deren rechten Seite von Wichtigkeit. Zu hüten hat man sich bei allen Manipulationen in der Blase, derselben Gewalt anzutun. Denn sie ist immer Herr dessen, was sie zulassen und was sie verweigern will. Sie reagiert durch Kontraktionen, welche den Stein einhüllen und dem tastenden Instrument unzugänglich machen. Nicht einmal durch die Narkose sind diese Kontraktionen völlig zu beeinflussen. Daher müssen die Blasenspülungen vorsichtig und vor allem mit Spritze und Katheter geschehen, nicht mit dem Irrigator, wo Druck und Quantität der Flüssigkeit nicht in jedem Augenblicke zu bemessen sind. Die Steinsonde gibt jedoch keinen sicheren Aufschluss über die Grösse des Steines, kann auch bei Inkrustationen, Balkenblase zu Täuschungen über das Vorhandensein eines Steines führen. Daher muss man zum Lithotriptor greifen, der von keinem, der eine exakte Steindiagnose machen will, entbehrt werden kann. Nur zwischen den Branchen des Lithotryptors kann die Beschaffenheit des Steines und seine Dimension geprüft werden. Hier besonders aber ist

eine bestimmte Methode notwendig, um nicht planlos herumzuirren. Man unterscheidet zwei Arten der Steinsuchung, eine direkte: das Instrument geht zum Stein und eine indirekte: der Stein kommt zum Instrument.

Die direkte, die gebräuchlichste, zerfällt in 3 Tempi:

a) Manöver zwischen vorderer und hinterer Blasenwand;

b) an der hinteren Wand, da wo sie an die untere grenzt;

c) an der Vorderwand, namentlich unter dem Prostatavorsprung, speziell auf der rechten Seite, dem Prädilektionssitz kleinerer Konkremente.

Hierbei sind namentlich zwei Kunstgriffe zu beachten. Bei a) ist der weibliche Arm der fixierte, welcher an die hintere Wand angedrängt wird, um den durch die Kontraktion derselben herangerufenen Sporn nach vorn auszugleichen. Bei c) wird der männliche Arm an die Vorderwand angedrängt, der weibliche ist der bewegliche und wird nach hinten gestossen. Bei der indirekten Fassung wird der Schenkel des Lithotriptors in der Mitte des Blasenbodens etwas eingedrückt, so dass ein Trichter entsteht, in welchen die Konkremente hineinrollen, nachdem man dem Gesäss des Patienten leichte, kurze Stösse mit der flachen Hand erteilt hat.

All diese Manöver werden an der Hand von Abbildungen demonstiert; dieselben finden sich in dem Werke „Die Technik der Lithotripsie", welches Redner nach Guyons Vorträgen in dessem Auftrage bearbeitet und herausgegeben hat.

Ein hervorragendes diagnostisches Mittel, das allerdings nur dem Geübtesten gegenwärtig sein wird, ist das Zystoskop. Durch dasselbe fällt auch der von den Chirurgen so oft gemachte Vorwurf, dass die Lithotripsie ein Arbeiten im Dunklen ist, fort. Vor der Operation dient es zur Diagnose, nach derselben zur Revision. Es folgt der Bericht einiger markanter Fälle aus des Verfassers eigener Praxis. Die Radiographie, so viel sie auch für die Diagnose der Nierensteine leistet, hat sich in einem Falle von inkarzeriertem Blasenstein Redner nicht bewährt.

Redner wendet sich schliesslich zur Therapie. Je früher der Stein entdeckt wird, um so mehr wird die Lithotomie zu Gunsten der Lithotripsie zurücktreten, ja dieselbe auf ganz seltene Fälle, wenn der Stein zu gross, die Blase zu sehr missgestaltet, nur auf die inkarzerierten Steine beschränkt bleiben. Je mehr man die Physiologie und Pathologie der Blase beherrscht, auf ihre Reaktionen achtet, methodisch vorgeht, um

so mehr wird die Lithotripsie werden, was sie sein soll, die Operation der Wahl bei den Blasensteinen.

Diskussion: Herr Hirschberg macht auf das Mikrophon aufmerksam, als ein sehr zuverlässiges Instrument, selbst kleinste Blasensteine zu diagnostizieren.

Herr **Treupel: Orthoperkussion, Orthodiagraphie und relative Herzdämpfung.**

Seitdem besonders durch die Untersuchungen von Moritz die Orthodiagraphie zu einer exakten Methode zur Grenzbestimmung des Herzens ausgebaut worden ist, ist die Methode bereits einige Male benutzt worden, um durch sie die mit anderen Methoden gewonnenen Grenzbestimmungen zu kontrollieren. Moritz hat zunächst selbst das getan und gefunden, dass bei stärkerer Perkussion die Grenze der relativen Dämpfung links in 70 Proz. der Fälle, rechts in 68 Proz. und beide Grenzen an demselben Fall in 50 Proz. der Fälle bis auf ½ cm genau angegeben waren.

De la Camp hat auf dem Kongress für innere Medizin in Leipzig 1904 die verschiedenen Methoden zur Grenzbestimmung des Herzens ebenfalls an der Hand des Orthodiagramms nachgeprüft und nächst dem Orthodiagramm als die beste Methode die Bestimmung der „absoluten" Herzdämpfung mittels leisester Perkussion bezeichnet.

Vortr. glaubt, dass das, was De la Camp bestimmt hat, nicht die absolute Herzdämpfung im Sinne Weils gewesen ist, sondern sich schon sehr dem genähert hat, was Goldscheider zu Anfang des Jahres 1905 durch seine Methode der leisesten Perkussion bezüglich der Grenzbestimmung des Herzens erreicht hat.

Curschmann und Schlayer haben in jüngster Zeit die Goldscheidersche Methode (leiseste Perkussion in den Interkostalräumen mit Pleschscher Fingerhaltung in sagittaler Richtung) nachgeprüft, ihre im Liegen der zu Untersuchenden gewonnenen Resultate mit der Herzsilhouette des Orthodiagrammes verglichen und auf die grosse Uebereinstimmung beider Resultate hingewiesen. Diese Autoren haben die Methode Orthoperkussion genannt, weil bei der Art der Perkussion (leiseste Perkussion, Pleschsche Fingerhaltung, sagittale Richtung) die durch den Perkussionsstoss erzeugte Erschütterung das Herz in ähnlicher Richtung trifft, wie bei der Orthodiagraphie die Strahlen.

Vortr. hat sich bald nach der Goldscheiderschen Veröffentlichung mit der leisesten Perkussion des Herzens beschäftigt und berichtet unter Demonstration einer grossen An-

zahl von Originalpausen über die Ergebnisse von Untersuchungen, die er gemeinsam mit einem seiner Assistenten gemacht hat. Bei der Art der starken Perkussion der Herzdämpfung waren die von Moritz gegebenen Regeln im wesentlichen massgebend, im übrigen hielt man sich an die von Goldscheider bezw. von Curschmann und Schlayer mitgeteilte Methodik.

Um jede Voreingenommenheit auszuschliessen, wurden zunächst die Herzgrenzen von Dr. Engels mittels der Orthoperkussion bestimmt, dann von demselben das Orthodiagramm aufgenommen und schliesslich vom Vortr., ohne dass ihm die Resultate der beiden Bestimmungen bekannt waren, die relative Herzdämpfung festgestellt. Alles wurde direkt auf die Thoraxwand projiziert und von dieser in ein und dieselbe Pause eingetragen.

Es ergab sich, dass die relative Herzdämpfung und zwar sowohl an der rechten, wie an der linken Grenze in etwa ¾ aller Fälle bis auf 1 cm genau bestimmt werden konnte. Da, wo die Grenzen dieser Dämpfung die Herzsilhouette des Orthodiagramms überschritt oder hinter ihnen zurückblieb (im Maximum bis zu 2½ cm), liess sich das allermeist durch abnorme Dicke der Thoraxwand (Buckelung der Rippen, abnorm reichliches Fettpolster) oder beim Zurückbleiben der Grenzen durch mehr weniger hochgradiges Emphysem erklären. Vortr. glaubt daher, dass die relative Herzdämpfung, unter den erwähnten Kautelen ausgeführt, ihren klinischen Wert behält.

Weiterhin ergab sich aus den Untersuchungen in Uebereinstimmung mit Goldscheider, Curschmann und Schlayer, die grosse Genauigkeit und Zuverlässigkeit der Orthoperkussion, sowie ihre Vorzüge in den Fällen, wo die relative Herzdämpfung aus den genannten Gründen unsicher wird oder versagt. Die Orthoperkussion sollte daher Gemeingut aller Aerzte werden um so mehr, als die Methodik an sich nicht schwer zu erlernen ist.

Die Bestimmung der absoluten Herzdämpfung im Weilschen Sinne, d. h. das Verhältnis der Lungenränder zu dem von Lunge freien Teil des Herzens, hat insofern neben den anderen Methoden ihre Berechtigung, als, wie auch Moritz bereits hervorgehoben hat, auf diese Weise eine Vorstellung erhalten werden kann, um wieviel das Herz von vorn nach hinten sich vergrössert hat; denn — alle übrigen Ursachen für eine Retraktion der Lungenränder ausgeschlossen — wird das Herz um so mehr von Lunge verdrängen, je mehr es in der Richtung von vorn nach hinten an Dicke zunimmt.

Die genaueste und für wissenschaftliche Zwecke einwandfreieste Methode zur Herzgrenzbestimmung ist die Orthodiagraphie. Auch für den, der sie nicht immer ausführen kann, wird es nötig sein, sie wenigstens des öfteren zur Kontrolle der von ihm sonst angewandten Methoden heranzuziehen.

Herr **Flesch: Ueber Gonokokkenbefunde und Gonorrhöe-Diagnose.**

Der Vortrag wird an anderer Stelle ausführlich veröffentlicht werden.

Diskussion: Herr Berg: Wenn ich Herrn Flesch recht verstanden habe, so will er auch die klinischen Symptome allein für ausreichend erachten zur Stellung der Gonorrhöediagnose. Leider ist ihm im Verlaufe seines Referates das Malheur passiert, dass das von ihm angeführte Beispiel deutlicher als alle Worte die Hinfälligkeit seiner Behauptung erweist. Da sieht man ja, zu welchen Trugschlüssen man gelangt, welches Unrecht man den armen Betroffenen zufügt, wenn man achtlos an den Arbeiten unserer verdientesten und hervorragendsten Forscher auf dem Gebiete der Gonorrhöe vorübergeht. Alle klinischen Zeichen, sowohl bei der Frau, wie beim Manne, können trügen. Entscheidend allein, namentlich forensisch, ist nur der Nachweis des Gonokokkus. Steht es doch jetzt zur Evidenz fest, dass es eine ganze Reihe von Urethritiden gibt, welche ihre Entstehung nicht dem Gonokokkus verdanken. Ich erinnere in dieser Beziehung nur an die verdienstvolle Arbeit von Barlow in der Festschrift für Hugo v. Ziemssen. Traumatische, chemische Einflüsse, die Masturbationsurethritis, von Oberländer so typisch gezeichnet, sind hier zu erwähnen. Auch die von mir beobachteten, auf dem Frankfurter Naturforschertag beschriebenen Radfahrurethritiden sind von anderer Seite bestätigt worden. Die Fäden allein sagen gar nichts. Dazu kommt, dass Brauser bei 300 nie geschlechtskrank gewesenen Patienten der medizinischen Klinik in München in mehr als 50 Proz. der Fälle leukozytenhaltige Fäden gefunden hat. Aber selbst wenn vor Jahren eine Gonorrhöe vorausgegangen, die Fäden zurückgelassen, welche nach immer und immer wieder sorgfältiger Untersuchung, nach Provokation besonders der Prostata, für gonokokkenfrei befunden wurden, so haben wir als Mensch und Arzt nicht mehr das Recht, von einer Infektionsgefahr durch den Betreffenden zu sprechen und ihn zu einem kranken und heiratsunfähigen Mann zu stempeln. Denn wir sind gar nicht einmal imstande die Fäden immer zu beseitigen, auch durch die endoskopische Lokalbehandlung nicht, die sonst auch da noch Wirksames leistet, wo die Injektionstherapie ihre Grenzen findet.

Herr R. Kaufmann: Durch verschiedene Urologen, wie Teleki und Collan ist der Nachweis schon seit längerer Zeit erbracht, dass die Samenblasen durch Digitalexpression nicht oder nur unvollkommen entleert werden können. Deshalb benutzen wir zur Massage dieser Organe den zu diesem Zwecke angegebenen Massageapparat von Teleki. Ausser in der Prostata und den Samenblasen findiet man Residuen der Gonorrhöe beim Manne besonders in den

von Motz in Paris genau untersuchten intrabulbären Urethraldrüsen, die tief in den Bulbus hineingehen, deren enger Ausführungsgang leicht vorübergehend sich verschliessen und so eine Scheinheilung vortäuschen kann. Nicht genügend studiert, speziell in ihrer Wirkung auf die weiblichen Geschlechtsorgane, sind die neuerdings öfter beschriebenen nichtgonorrhoischen Urethritiden, die speziell in Frankfurt a. M. ziemlich häufig vorkommen, bei welchen man Strepto- resp. die Dreyerschen Enterokokken findet und die zweifellos einen infektiösen Charakter haben, da sie 8—10 Tage post coitum aufzutreten pflegen. Dankbar zu begrüssen ist es, dass von einem so hervorragenden Gynäkologen, wie Herrn Prof. Flesch, wieder betont worden ist, dass Abwesenheit resp. Nichtnachweisbarkeit der Gonokokken mit Gonorrhöeheilung keineswegs identisch ist. Im Laienpublikum besteht vielfach die Ansicht, dass die Gonorrhöe geheilt sei, sobald die mikroskopische, und zwar schon die einmalige Untersuchung keine Gonokokken mehr ergibt. Solche Patienten entziehen sich der Weiterbehandlung und infizieren natürlich weiter. Man sei deshalb Patienten gegenüber betreffs Auskunft über den mikroskopischen Befund sehr vorsichtig. Zu wünschen wäre es aber, dass auch unter den Aerzten mehr als bisher die Tatsache bekannt würde, dass klinisch eine Gonorrhöe auch beim Manne, bei welcher mikroskopisch durch wiederholte Untersuchungen keine Gonokokken mehr gefunden werden, keineswegs geheilt zu sein braucht und dass sie noch weiter behandelt werden muss.

Ordentliche Sitzung vom 2. April 1906.

Vorsitzender: Herr Emanuel Cohn.
Schriftführer: Herr Rosengart.

Herr **Bolt**: Demonstrationen:

1. **Gastrektasie** eines 3 Monate alten Mädchens bei hochgradiger Koloptose.

Abknickung des Duodenum dicht unterhalb des Pylorus durch Drehung des nach abwärts gezerrten Pylorusteils nach rechts. Keine Verengung des Pylorus. Seit 5 Wochen Erbrechen aller aufgenommenen Nahrung. Allgemeine Abmagerung. Tod an Bronchopneumonie.

2. Fall von genuiner **Schrumpfniere.** Gewicht der rechten Niere 50, der linken 80 g. Auf der Oberfläche prominieren bis haselnussgrosse zum Teil verfettete kompensatorisch hypertrophische Knoten.

3. **Herz mit Myokardtuberkeln** von etwa Krischgrösse in der Wand des rechten Vorhofs nahe dem Herzohr bei tuberkulöser Pericarditis adhaesiva, ausgehend von verkästen Bifukationsdrüsen an 40 jähriger Frau.

4. Hypertrophie und Dilatation beider Ventrikel und Vorhöfe infolge von **rekurrierender Endokarditis** der Mitralis, der Aorten- und Pulmonalklappen, Stenose und Insuffizienz der Mitralis. Fünfteiligkeit der Pulmonalklappen. An beiden Seiten der vorderen Taschenklappe befindet sich je eine ½ cm breite und ½ cm tiefe, mit verrukösen Auflagerungen bedeckte Tasche. Tod durch Embolie in den linken Hauptast der linken Art. fossae Sylvii.

5. Käsige **Urogenitaltuberkulose** bei 45 jährigem Mann. Vollkommene Verkäsung der linken Niere ohne Gewebseinschmelzung. Käsige Tuberkulose des Nierenbeckens, Ureters, der Blase, Prostata und der Samenbläschen. Vikariierende Hypertrophie der rechten Niere.

6. Intradurales **Psammom** im Zervikalteil des Rückenmarks bei 40 jähr. Fräulein. Der Tumor ist 2½ cm lang, 2 cm breit, 1½ cm dick, liegt links vorn zwischen den 3.—5. linken Wurzeln, die er nach oben und unten gedrängt hat. Das Halsmark ist durch ihn links vorn stark eingedrückt und nach rechts gebogen. Querschnittsveränderungen des Rückenmarks sind makroskopisch nicht erkennbar.

7. Ausgedehntes medulläres ulzeröses **Karzinom** an der kleinen Kurvatur, das mit dem Pankreaskopf verwachsen ist, bei 27 jährigem Mädchen. Metastasen in den regionären, den retroperitonealen und Lungenhilusdrüsen; in Leber, Pleura, Lunge, hinterem Douglas und rechtem Ovarium. Beschwerden seit November 1905. Im Mageninhalt bis zum Tode Salzsäure nachgewiesen. Vielleicht Entstehung aus einem Ulcus ventriculi.

Herr **Treupel:** Das 27 jähr. Mädchen, von dem Sie soeben die Präparate gesehen haben, ist im ganzen 6 Wochen auf unserer Abteilung gewesen. Sie hatte vor 14 Monaten einen normalen partus gehabt. Sonst wollte sie früher nicht krank gewesen sein, war aber erblich in Bezug auf Tuberkulose belastet. Am Hals hatte sie beiderseits augsedehnte Drüsennarben. Die genaue Untersuchung ergab eine erhebliche Anämie (45 Proz. Hämoglobin, das im weiteren Verlauf auf 25 Proz. herabsank. Im cbmm 2,4 Mill. rote und 20000 weisse Blutkörperchen), einen normalen Lungenbefund und folgenden gynäkologischen Befund: Uteruskörper hühnereigross, hart, anteflektiert, zu beiden Seiten je ein mandelgrosser, druckempfindlicher Körper, zu dem von der Mitte der Uteruskante ein griffeldicker Strang zieht. Strang und Körper sind mit hirsekorngrossen, harten Knötchen bedeckt.

Auf Grund dieses Befundes und da zeitweilig geringe Temperatursteigerungen bestanden, sowie mit Rücksicht auf die erbliche Belastung nahmen wir zunächst eine chronische Beckenbauchfelltuberkulose an. In den letzten 14 Tagen kam aber etwas hinzu, was uns in der Diagnose wieder irre machte. Es trat kaffeesatzartiges Erbrechen auf, und es entwickelte sich so zu sagen unter unseren Fingern ein harter, schliesslich auch knolliger Tumor im linken Hypochondrium, der etwas druckempfindlich sich deutlich von der Milz, die nicht vergrössert war, abgrenzen liess. Obwohl die Untersuchung des Magensaftes bei 80 Proz. Gesamtazidität, positivem Ausfall der Reaktionen auf freie Salzsäure und negativem Befund bezüglich der Milchsäure und der langen Bazillen keinen Anhaltspunkt dafür lieferte, so zogen wir doch, trotz des jugendlichen Alters der Patientin, ein rasch wachsendes Magenkarzinom (auf der Basis eines Ulcus ventriculi) in Betracht.

Die Autopsie hat in der Tat, wie Sie sehen, diese Diagnose bestätigt und gezeigt, dass auch die Knötchen im Douglas und in der Umgebung der Eierstöcke Karzinommetastasen waren.

Ausser diesem Fall haben wir in den letzten 5 Jahren hier noch zwei Fälle von Magenkarzinom, auf der Basis eines Ulcus ventriculi, bei einem 24 jährigen Mädchen und bei einem 23 jährigen jungen Mann gesehen. Den letzten Fall konnten wir von seinem Anfang an beobachten und konstatieren, dass sich das schliesslich vorhandene, zum Exitus führende, sehr grosse Karzinom in nicht ganz einem halben Jahr entwickelt hat.

Bemerkenswert war also in den 3 Fällen von Magenkarzinom bei jugendlichem Alter das rasche Wachstum des Tumors und seine grosse Malignität (Metastasen, schwere Anämie).

Herr **Julius Friedländer** bespricht zwei zur Sektion gekommene, diagnostizierte Fälle von **Tumor im Rückenmarkskanal** von ausserordentlich weit gehender Analogie sowohl in anatomischer, wie klinischer Hinsicht, von denen der eine, eine 48 jährige Dame, von ihm selbst, der andere, ein 61 jähriger Herr, von einem befreundeten Kollegen behandelt worden ist: Beides waren von der Dura ausgehende Sarkome von der Grösse einer kleinen Kastanie, beide waren intradural, sassen in der Höhe des 4. bis 6. Halswirbels und komprimierten das Rückenmark an seiner Vorderseite. Dementsprechend war auch Krankheitsbild und -verlauf in allen Hauptzügen vollkommen identisch: Als Initialstadium heftigste Schmerzen in beiden oberen Extremitäten („Wurzelsymptom"), dann schleichend einsetzend allgemeine Motilitätsstörungen, Gürtelgefühl, Blasen- und Mastdarmschwäche, in den letzten Monaten inkomplete Lähmung mit Atrophie der Arme, Nackensteifigkeit, Paraplegie der Beine, Sphinkterenlähmung, Tod im Koma — das Ganze innerhalb 2—3 Jahren.

Herr **J. Rothschild: Zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit.**

Die Säuglingssterblichkeit ist in den letzten 200 Jahren nicht merklich gesunken (Gottstein). Die Todesursachenstatistik ist unbrauchbar, weil für uneheliche Kinder der Kreisarzt, nicht der behandelnde Arzt, den Todesschein ausfertigt. Man hat viele Jahre die beste Methode der künstlichen Säuglingsernährung und dann deren richtige Handhabung herauszufinden gesucht. Jetzt ist man nahezu allenthalben überzeugt, dass nur die vermehrte Ernährung an der Mutterbrust die Sterblichkeit herabsetzen wird. (Die nordischen Länder; Kreis Westerburg, Rgb. Wiesbaden u. a.) Bei den augenblicklich vielerorts einsetzenden Bestrebungen der Säuglingsfürsorge scheint nicht genügend Wert auf die Förderung des Stillens gelegt zu werden, abgesehen davon, dass ein Teil des bereits Geschaffenen oder eben im Entstehen Begriffenen nur den unehelichen Säuglingen zugute kommen soll. Es ist dringend geboten, dass die Aerzte an die Spitze dieser Bestrebungen treten und mit Nachdruck auf das Entschiedenste verlangen, dass bei allen Massnahmen das Hauptgewicht auf die Förderung des Stillens gelegt wird.

Vortragender bespricht eine Reihe von Massnahmen, bezw. macht Vorschläge, wie das Stillen zu fördern ist. Aufklärung und Belehrung der Frauen durch Aerzte und Berufspflegerinnen. Bekämpfung der Reklame für künstliche Nährmittel und „gekünstelte Milchen". Ausbildung der Hebammen in der Säuglingsernährung durch Kinderärzte, nicht durch die „Verwaltungsbeamten", die Kreisärzte, wie das jüngst die Regierung im Reichtstag erklärte. Ferner Belehrung aller Pflegerinnen und Aufsichtsdamen der Hauspflege-, Wöchnerinnen-, Unterstützungsvereine etc. Verbesserung der Merkblätter. (Das vom Standesamt in Frankfurt verteilte Merkblatt wird von nur ca. 40 Proz. der dieserhalb befragten Frauen gelesen, nur von 3 Proz. wird der Inhalt befolgt.) Broschüren (Neter) und Zeitungsartikel sind ziemlich wertlos. Staat und Gesetzgebung leisten indirekt nur Geringes dafür, dass die Frauen stillen können (Wöchnerinnenunterstützung). Der soziale Grund, dass die Frauen nicht stillen, weil sie ihrem Lebensunterhalt nachgehen müssen, wird für

Frankfurt wie auch anderwärts als nicht sehr schwerwiegend veranschlagt; es dürften ca. 2000 von 9134 Gebärenden pro 1904 gezwungen sein, sich ihr Brot selbst zu verdienen. Für diese, wie überhaupt für die sozial schlecht gestellten Frauen können die Krippen viel leisten (Oppenheimer), ferner Vereine, die die Frauen mit Geld und Naturalien unterstützen. Auch dieser letztere Teil der Fürsorge muss grundsätzlich durch sachverständige Aerzte geleitet werden. Polikliniken und Beratungsstellen etc. können für die Förderung des Stillens wenig leisten, weil die Kinder meist erst zu einer Zeit gebracht werden, in der die Mutterbrust bereits versiegt ist. Vortr. konnte in einem Zeitraume von 8 Jahren in seiner Poliklinik und Sprechstunde für Säuglingsernährung feststellen, dass auf ca. 100 kranke Säuglinge nur 1 Säugling wegen Ernährungsfragen gebracht wird, im Gegensatz zur Privatpraxis. Milchküchen und Anstalten und Einrichtungen zur Verteilung von Kindermilch sollen prinzipiell unter ärztliche Aufsicht gestellt werden. Die betr. Aerzte sollen die Ernährung der Säuglinge streng kontrollieren und mit der Abgabe der Milch zugunsten der Brusternährung zurückhaltend sein. (Kongress für Milchbereitung in Paris 1905 über gouttes de lait und consultations de nourrissons.) Der Wert der letztegenannten Einrichtungen ist bei der Frage der künstlichen Säuglingsernährung zu erörtern.

Diskussion: Herr Gelhaar: Der Betrieb der Krippen des hiesigen Krippenvereines wird genau in der von dem Herrn Vorredner als Ideal hingestellten Weise gehandhabt. Den Müttern ist in der Arbeitspause zum Stillen Gelegenheit gegeben. Eine Störung des Betriebes wurde hierbei nicht beobachtet. Stillende Mütter erhalten als Stillprämie Ende der Woche 10 Pf. pro Tag, die Hälfte des täglichen Entgeltes, zurück. Belehrende Vorträge sind für die nächste Zeit in Aussicht genommen. Wegen der Volksvorträge über Säuglingspflege wurde in diesem Winter davon Abstand genommen.

Herr Rosenhaupt: Ich kann die Skepsis des Herrn Rothschild den Erfolgen der Beratungsstellen gegenüber nicht teilen. Nach meinen Erfahrungen werden sie nicht so selten von Müttern noch gesunder Säuglinge aufgesucht, wie nach denen des Referenten.

Wiewohl das Betonen des Stillens und die Unterstützung der natürlichen Ernährung im Vordergrund aller Bestrebungen zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit stehen muss, so können doch öffentliche Milchküchen auch etwas leisten, wenn sie organisch mit Beratungsstellen verbunden sind und im Zusammenhang mit ihnen immer wieder der Wert der Brustnahrung gepredigt wird, ein Punkt, auf den ich bei der letzten Tagung der Vereinigung südwestdeutscher Kinderärzte schon nachdrücklich hingewiesen habe.

Auch von Merkblättern verspreche ich mir mehr als Referent. Freilich leiden die meisten, auch die der Standesämter, an dem Fehler, dass sie umfangreiche, detaillierte Vorschrift über die künstliche Ernährung geben. Solche Schemata sind an und für sich gefährlich; denn die künstliche Ernährung muss im Einzelfall durch den Arzt festgesetzt werden. Vor allem aber erscheinen sie durch ihren Umfang als die Hauptsache, der gegenüber die Mahnung zum Stillen ganz zurücktritt.

Ich erlaube mir nun, Ihnen eine Merktafel vorzulegen, die ich für die Säuglingspoliklinik und Beratungsstelle für Säuglings-

ernährung habe anfertigen lassen und die nach Form und Inhalt, wie ich hoffe, geeignet ist, von den Müttern dauernd beachtet zu werden. (Vergl. Originalmitteilung in No. 31 der Münch. med. Wochenschr.)

Herr Eiermann hält das Vorgehen des Vortr. für sehr dankenswert; denn der Nichtpädiater musste schon seit Jahren den Eindruck haben, dass sich die ganze Kinderheilkunde in eine Lehre von der „unnatürlichen" Säuglingsernährung verliere. Wenn aber Herr Rothschild sage, dass an dem jetzigen Zustande auch die Gynäkologen und Entbindungsärzte ein gut Teil Schuld trügen, so müsse er dem widersprechen. Im Gegenteil seien es gerade diese, die seit vielen Jahren immer und immer wieder darauf drängen, dass die Brusternährung zum wenigsten versucht werde. Doch dürfe natürlich auch dieser Standpunkt nicht übertrieben werden, wenn nicht Mutter und Kind darunter leiden sollen. Wenn der Vortr. aber weiter meine, die sogen. „soziale Frage" sei nur zum kleinen Teile dafür verantwortlich zu machen, dass die Mütter ihre Kinder nicht selbst ernährten, so sei dem entgegen zu halten, dass man den Begriff der „sozialen Frage" wesentlich weiter fassen müsse, als dies Herr Rothschild getan habe. Denn auch konstitutionelle Erkrankungen, allgemeine Schwäche und dergl. seien — zum mindesten indirekt — oft Folge der sozialen Lage der Mutter oder deren Vorfahren. Berücksichtige man nur dies in gehöriger Weise, dann werde man ohne weiteres zugeben müssen, dass die „soziale Frage" ein ganz wesentlicher, vielleicht der wesentlichste Faktor in dieser Frage sei.

Endlich ist in der Diskussion von seiten des Herrn Rosenhaupt der Vorschlag gemacht worden, die ganze Stadt mit einem Netz von Säuglingsberatungsstellen zu überziehen. Redner hält diesen Vorschlag für unnötig. Die gegebenen Beratungsstellen seien der Arzt und die in hinreichender Zahl bereits vorhandenen Kinder-Polikliniken. Und etwas wesentlich anderes als Polikliniken würden die Beratungsstellen auch nicht sein. Das, worauf es ankomme, sei, die Eltern oder Mütter daran zu gewöhnen, dass sie ihre Kinder nicht erst zum Arzt bringen, wenn sie krank sind, sondern sich schon Rat erholen, solange ihre Kleinen noch körperlich wohl sind. Dann werde man in dieser Frage einen gewaltigen Schritt vorwärts gekommen sein.

Herr Albert Feuchtwanger: Ich bin nicht der Meinung eines der Herrn Vorredner, dass hauptsächlich soziale Gründe die Mütter abhalten, ihrer Stillpflicht zu genügen. Die Statistik (z. B. die Hohlfelds in Leipzig) lehrt, dass von 1000 Frauen nur 146 aus sozialen Gründen nicht stillen konnten. Der wahre Grund des Nichtstillens ist angebliche Krankheit und vermutliche Stillungsunfähigkeit. Wir müssen mit dem alten Aberglauben brechen, dass unsere Frauen nicht stillen können. Von 100 Frauen können 95 stillen und nicht allein dies. Die Erfahrungen in den modernen Säuglingsheimen lehren, dass 1 Frau oft 2—3 Kinder genügend stillen kann.

Was die Merkblätter des Frankfurter Standesamts betrifft, so sind sie unzweckmässig und führen die Mütter irre. Nicht nach dem Alter, sondern nach dem Gewicht des Kindes richtet sich die kalorimetrisch berechnete Nahrungsmenge.

Herr Ernst Kahn findet die Säuglingssterblichkeit in Frankfurt mit 18—20 Proz. hinreichend gross, um mit allen Mitteln auf ihre Bekämpfung hinzuwirken. In den bestehenden Spitälern ist für eine aus-

reichende Verpflegung kranker Säuglinge nicht genügend Vorsorge getroffen, da es an ausreichender Ernährung an der Brust mangelt. Er fordert den ärztlichen Verein auf, seine gewichtige Stimme bei der demnächst zu erwartenden Errichtung eines Säuglingsheims, auf Grund der eingeleiteten Sammlungen, zu erheben, dass unter allen Umständen in diesem die Ernährung an der Brust zu verlangen sei.

Herr H. Fulda: Die Angriffe des Herrn Referenten gegen den hier bestehenden Verein Kinderschutz sind unbegründet. Der Verein ist hervorgegangen aus der Vormundschaft über jetzt etwa 300 Kinder, die begreiflicherweise fast alle unehelich sind. Der Verein wäre aber nach seiner Tendenz gewiss bereit, die ärztliche Aufsicht auch auf weitere Kreise auszudehnen, wenn ihm die dazu nötigen Mittel zur Verfügung stünden.

Herr Scholz macht darauf aufmerksam, dass Herr Kahn das „Frankfurter Kinderheim" vergessen hat. Auch im Frankfurter Kinderheim ist man bemüht, die natürliche Ernährung nach Möglichkeit durchzuführen. Uneheliche Kinder werden nur dann aufgenommen, wenn die Mutter durch Eintritt in die Anstalt die natürliche Ernährung des Kindes sichert. Dass nicht immer eine genügende Anzahl Ammen vorhanden ist, liegt an besonderen Schwierigkeiten, die Frankfurt in dieser Beziehung bietet.

Herr **L. J. Roth**-Usingen: Ich halte es für meine Pflicht, Ihnen noch Mitteilung von einem Falle von **Genickstarre (epidemische Zerebrospinalmeningitis)** bei einem 5 Monate alten Säugling aus meiner Praxis zu machen, mit der Bitte, auf event. Vorkommen der Erkrankung in ihrer Praxis aufmerksam zu achten. Die von mir durch Lumbalpunktion gewonnene Zerebrospinalflüssigkeit wurde hier (im Senckenbergschen Institute) untersucht und der Diplococcus intracellularis meningitis Weichselbaum (Meningokokkus) von Herrn Boit in Reinkultur gezüchtet (Präparat sehen Sie dort eingestellt), nachdem in mehreren sehr verdächtigen Fällen dieser Nachweis nicht gelungen war. Dies ist vielleicht auf die grosse Empfindlichkeit des Erregers gegen Temperatureinflüsse zurückzuführen; es wird daher empfohlen, die Flüssigkeit möglichst sofort und ohne Wärmeverlust (warmgehalten) der Untersuchungsstelle zuzuführen, event. durch Transport des Gefässes in der Westen- oder Rocktasche.

Ausserordentliche Sitzung vom 23. April 1906.

Vorsitzender: Herr Emanuel Cohn.
Schriftführer: Herr Rosengart.

Der Vorsitzende berichtet über die Erfolge der Eingabe des ärztlichen Vereins an den Magistrat in der Angelegenheit eines zu errichtenden öffentlichen Licht- und Luftbades. Es besteht Aussicht, dass noch in diesem Frühling ein solches Bad im Anschluss an die Walderholungsstätte wird errichtet werden.

Es werden hierauf eine grössere Anzahl Zuschriften, Einladungen und Eingänge bekannt gemacht.

Der Vorsitzende berichtet über die Sperre einer hier frei gewordenen Bahnarztstelle. Das Ministerium hat durch den Vorsitzenden unserer Aerztekammer den ärztlichen Verein ersuchen lassen, mit dem Vorgehen, das die Einführung der freien Arztwahl bei den Eisenbahnkassen und den versicherten Eisenbahnbediensteten zum Ziele habe, zu warten, bis vom Ministerium aus eine allgemeine Regelung dieser Angelegenheit in Preussen in die Wege geleitet sei. Bis dahin solle ein Provisorium insofern geschaffen werden, als der Wirkungskreis des zurückgetretenen Arztes unter die übrigen Bahn- und Bahnkassenärzte aufgeteilt werden solle. Der Vorstand des Aerzteverbandes für freie Arztwahl hat diesen Vorschlag mit eingehender Motivierung, die verlesen und von Herrn Scheven interpretiert wird, abgelehnt. Der ärztliche Verein schliesst sich hierauf mit allen gegen sieben Stimmen dem Vorgehen des Aerzteverbandes, das die Proposition des Vorsitzenden der Aerztekammer verwirft, an.

Herr **H. Fulda: Bericht über die Ausstellung für Säuglingspflege, Berlin, März 1906.**

Die gewaltige Säuglingssterblichkeit hat erst seit einer verhältnismässig kleinen Reihe von Jahren dem Statistiker, wie dem Arzt und Hygieniker ernstlich zu denken gegeben, zumal in Deutschland, das leider im Vordergrund dieser betrübenden Erscheinung steht. Indes haben die von zahlreichen Kongressen und Literaturerzeugnissen geschehenen Vorschläge, wenn wir offen sein wollen, bis auf den heutigen Tag eine nennenswerte Besserung nicht hervorgebracht, selbst dann nicht, wenn man die Jugend dieser Bestrebungen berücksichtigt. Einen neuen Gedanken in die Bewegung brachte der Plan, alles, was sich in statistischer Erhebung und Behandlung der haupt-

sächlichsten Erkrankungen des ersten Lebensjahres in grossen Zügen sagen lässt, plastisch in einer Ausstellung vorzuführen, die nicht nur dem Fachmann, sondern noch in weit höherem Grade dem grossen Publikum Gelegenheit bieten sollte, sich über die einschlägigen Verhältnisse Belehrung zu holen. Damit hat man die Nächstbeteiligten, die Mütter selbst, zur Verteidigung ihrer Liebsten heranzuziehen versucht.

In Berlin wurde in der zweiten Märzhälfte eine reichbeschickte Ausstellung für Säuglingspflege gezeigt, die freilich nur die Vorläuferin eines bald zu errichtenden Säuglingsmuseums darstellen soll, in dem wir (nach einem von der deutschen Kaiserin angeregten Projekte) später die Zentralstelle für alles finden werden, was auf dem einschlägigen Gebiete die Wissenschaft hat in Erfahrung bringen können. Dieses Säuglingsmuseum soll dann mit einer Musteranstalt (Hospital, Krippe) verknüpft werden, in der die Ergebnisse praktisch verwertet werden.

Der „Clou" der Ausstellung ist unzweifelhaft der Katalog. Statt zahlenmässiger Aneinanderreihung der einzelnen Ausstellungsobjekte, gibt er bei den meisten Dingen eine ausführliche, von dem Aussteller selbst redigierte Erläuterung des Gegenstandes und bringt, zwischen die einzelnen Abteilungen eingeschaltet, aus der Feder der bewährtesten Fachleute, kurze, vortrefflich geschriebene Aufsätze über die einschlägigen Gebietsteile.

Dass man bei uns in Deutschland die Säuglingssterblichkeit als eine kompromittierende bezeichnet, hat seine zahlenmässige Begründung. Es geht bei uns fast 4 mal so viel Leben früher zu Grunde, als es erstarkt und damit vom wirtschaftlichen Standpunkt aus auch für die Gesamtheit Nutzen bringen könnte. Zwar werden durch das rasche Hinsterben der Kinder auch die Geburten häufiger, indessen ist diese Ueberproduktion an Menschen, wie leicht sich nachweisen lässt, nicht etwa ein Korrelat für die Reichhaltigkeit der Todesfälle, sondern sie stellt eine Beanspruchung des Kapitals der Volkskraft dar, statt wie es richtig wäre, mit den Zinsen auszukommen. Es ist auch nicht wahr, wie man bisher oft geglaubt hat — und die Ausstellung gibt über alles dieses klare Tafeln und Kurven — dass etwa durch die Höhe der Säuglingssterblichkeit eine Art Auslese im Sinne Darwins stattfindet; denn nicht die schwächlichsten Kinder, sondern die schlecht gepflegten Kinder sterben, und es lässt sich nachweisen, dass unter sonst gleichem Material bei richtiger Verpflegung eine wesentlich grössere Anzahl gesunder und gesund bleibender Kinder dem Volke erhalten werden. Dies ist wichtig auch hinsichtlich der Wehrfähigkeit, die in direktem Zusammenhang mit der Säuglingssterblichkeit steht, da eine grosse Anzahl von Kindern durch Krankheiten, die sie in frühester Jugend durchgemacht haben, dauernd die völlige Kraft einbüssen, die der Militärstand verlangt. Wenn die betreffenden gegenübergestellten Tafeln der Ausstellung auf den ersten Blick aus dem Grunde fehlerhaft erscheinen können, weil es sich um 2 Altersklassen, die 20 Jahre von einander getrennt sind, handelt, so wird dieser scheinbare Fehler ausgeglichen durch die, übrigens nicht erfreuliche Tatsache, dass in 20 Jahren die einschlägigen Zahlenverhältnisse sich so gut wie nicht verändert haben.

Man sieht weiter auf der Ausstellung Kurven, die die Sterblichkeit der Säuglinge zeigen in einigen Staaten Europas, in Städte-

gruppen, nach Berufs- und Altersgruppen, nach Krankheitsursachen, nach Ehelichkeit und Unehelichkeit. Besonders interessant wirkt eine Statistik aus Schöneberg, worin die Sterblichkeit der Kinder nach sozialen Schichten geordnet ist und aus der sich mit Klarheit ergibt, dass es nicht ein Naturgesetz ist, das diese Zahlen bestimmt, sondern äussere Verhältnisse. Auch fällt die besonders hohe Sterblichkeit in den Ostprovinzen Deutschlands, wo Aerztemangel herrscht, auf. Absichtlich seien Zahlenangaben hier ausgestellt und nur nochmals erwähnt, dass wir Deutsche im Vergleich zu anderen Ländern schlecht abschneiden. Einen kleinen Trost gibt uns nur die Tatsache, dass unsere Statistiken jedes Kind, das nach der Geburt auch nur einen Atemzug getan hat, als lebend geboren und verstorben eintragen, während in anderen Ländern so früh verstorbene Kinder als todgeboren betrachtet werden.

Es unterliegt keinem Zweifel, dass es der Rückgang des Stillgeschäftes ist, der in erster Linie die hohe Sterblichkeit verursacht. In Berlin lässt sich einigermassen sicher nachweisen, dass dieser Rückgang von früher der Hälfte aller Mütter jetzt auf ein Drittel gekommen ist. Andere Momente sind, wie schon angedeutet, grossenteils soziale, zumal Wohnungsverhältnisse, die ja im engsten Zusammenhang mit den Erwerbsverhältnissen stehen.

Eine weitere Ausstellungsabteilung gibt einen Blick auf die verschiedenen Utensilien, die bei der sogenannten künstlichen, widernatürlichen Ernährung des Kindes mit der Flasche notwendig sind, und ein Tisch, der auf der einen Seite das Plakat trägt: „Wie es sein soll" — und auf der anderen Seite „wie es nicht sein soll", zeigt deutlich die Rolle der Sauberkeit und Ordnung im kindlichen Ernährungsleben. Disse-Marburg zeigt an grossen Tafeln die Ursachen der Durchlässigkeit des kindlichen Magens für Schädlichkeiten: während der Erwachsene eine festgeschlossene Quadermauer von Schleimpfröpfen in seinem Magenepithel besitzt, zeigt der kindliche Magen Lücken dieser Pfröpfe, durch die hauptsächlich Tuberkelbazillen einzudringen vermögen.

Vorbei an den von Ibrahim-Heidelberg gezeigten Fällen der kongenitalen Pylorusstenose und den von Salge-Berlin dargestellten Barlowschen Kindern, kommen wir zu dem Nachweis der Stillfähigkeit. Neun Zehntel aller Mütter sind stillfähig, und nur Tuberkulose ist die einzige Gegenanzeige. Das biologisch nachweisbare Uebergehen von Immunitätsstoffen in den Kindeskörper ist nur durch die Brust möglich.

Zu den grössten Fehlern der Ernährung gehört die Ueberernährung. Gefässe, die den Tagesbedarf eines Säuglings darstellen und andere, die das enthalten, was das Kind gewöhnlich unvernünftiger Weise bekommt, sind sinnfällig für jeden. Die verschiedenen Milchbakterien, regelmässige und unregelmässige, den Geschmack verändernde, pathogene, sieht man in Reinkulturen. Das kaiserl. Gesundheitsamt zeigt, wie schon im Euter Keime sich zu der Milch gesellen, wie dann durch die Hand der Melker und andere Umstände diese Keime sich vermehren, und welchen Einfluss Temperaturveränderung hat. Was die sogen. sterile Milch an Bakterien enthält, den Einfluss der Rindertuberkulose auf die Keimzahl der Milch und ähnliches ergänzendes dazu sieht man in einer höchst interessanten Zusammenstellung der pommerschen Landwirtschaftskammer (Greifs-

wald), ferner die Beziehungen des Euters, der Streu, der Melkart, des Materials, der Melkeimer und ihrer Sauberkeit zur Keimzahl der Milch. Die bekannten Versuche von Morro zeigen die Veränderungen, die das Sterilisieren im ungünstigen Sinne auf die Milch ausübt, auch auf Frauenmilch.

Die nächste Abteilung lässt uns die verschiedenen Wohlfahrtseinrichtungen sehen in Modellen und Statistiken, wie Wöchnerinnenheime, Mütterheime, in denen die Kinder unter der Obhut des Hauspersonals verweilen, Säuglingsasyle und Säuglingskrankenhäuser, diese beiden Anstaltsarten ineinander übergehend. Die notwendige peinliche, an die chirurgische Asepsis erinnernde Reinlichkeit dieser Anstalten, werden besonders überall betont. Auch sollen solche Heime zur Heranbildung geeigneter Pflegerinnen dienen, ebenso zur Beschaffung guter Ammen. In München hat man es, wie die Ausstellung zeigt, mit gutem Erfolg mit Stillprämien versucht, um die natürliche Ernährung zu fördern. Wo aber die widernatürliche Ernährung nicht zu umgehen ist, da sollte die städt. Verwaltung für eine einwandsfreie, nicht zu teure Milch sorgen.

Ganze Krankenzimmer für Säuglinge in einzelne Boxen abgeteilt, mit vollständigem Inventar für jedes Kind zeigt die nächste Nummer. Milchflaschen, die anscheinend mit Glück die bisherigen Mängel vermeiden, leicht zu reinigen sind, da sie weite Oeffnung und runde Böden haben, und bei denen die veraltete Stricheinteilung durch Kubikzentimeter verdrängt ist, gefallen uns sehr. Unter den Apparaten zur Keimfreimachung der Milch fällt der Seiffertsche Apparat auf, der die Milch mit ultravioletten Strahlen beleuchtet und vorgeblich steril macht. Es zeigen sich weiter Apparate zur Kontrolle der Milch, eine Statistik über die Herkunft der Milch in den einzelnen Grossstädten, wobei Frankfurt a. M. mit mehr als 150 l pro Kopf und Jahr angenehm auffällt. Musterställe, ebenfalls nach aseptischen Prinzipien eingerichtet, verschiedene Instrumentarien zur Untersuchung der Milch. Belehrende Tafeln über die Schädlichkeiten und Gefährlichkeiten des Mundauswaschens, der Augenerkrankungen, Hinweis auf die Wichtigkeit der Ohrenerkrankungen, endlich Kindermöbel, Wäsche und alles das was in einem Kinderzimemr nötig ist, leider freilich unter hervorragender Berücksichtigung der besser situierten Kreise, schliesst an diese Abteilung.

Die letzte Abteilung gibt einen statistischen Ueberblick über das Ziehkinderwesen.

Der Grundgedanke der ganzen Ausstellung aber spiegelt sich in dem Merkblatt wieder, das auf allen Tischen zu Massen aufliegt und in kurzen energischen Worten der Mutter zuruft: „Stille Dein Kind selbst!"

Kurz vor der Eröffnung der Ausstellung war im Nordwesten Berlins das Kaiserin Friedrich-Haus eingerichtet worden, über das Sie mir einige Worte gestatten.

Neben einer ausserordentlich reichbeschickten Sonderausstellung aller moderner Errungenschaften der Medizin, einer reichhaltigen Bibliothek und einem Lesezimmer, ist freundlich zu begrüssen, dass Räume unentgeltlich zur Verfügung gestellt sind, in denen irgendwelche wichtige technische oder praktische Verbesserungen den Aerzten vorgeführt werden können. Aus der stattlichen Sammlung von ärztlichen

Lehrmitteln können allen berufenen Lehrenden Teile unentgeltlich leihweise auch nach auswärts zum Zweck von Vorträgen über sozialhygienische Dinge geschickt werden. Im oberen Stockwerk des Hauses sind Kurssäle. Der grosse Hauptsaal im Mittelbau zeigt einige bautechnische Neuerungen. Ein grosser Projektionsapparat, von dem Vortragenden selbst mit Leichtigkeit zu bedienen, wirft die Bilder auf eine Gipswand. Die vor dieser Wand angebrachte Wandtafel lässt sich durch eine automatische Vorrichtung versenken. Durch einen einzigen Hebelgriff schieben sich vor die mächtigen Fenster des Saales lichtdichte Läden, so dass die Verdunkelung ebenfalls von dem Platze des Vortragenden aus erreicht wird. Der stark ansteigende Hörsaal hat keine Tische, statt dessen dienen zum Schreiben aufklappbare, vorn sich verbreiternde Bretter, zur Rechten jeden Sitzes, die mit einer minimalen Platzeinschränkung als Stütze, wie als Schreibunterlage dienen können.

Diskussion: Herr Neisser: Die Herabsetzung der Mortalität der Säuglinge hat auch ihre Grenze. Es gibt eine Sterblichkeit der Neugeborenen, die auf 7 Proz. berechnet worden ist, und die durch Ernährung, Warte und Pflege nicht zu beeinflussen ist: eine natürliche Mortalität der Neugeborenen. Sie ist berechnet und festgestellt worden aus der Mortalität der Neugeborenen in Fürstenhäusern, in den Familien der Aerzte und der Geistlichen. — Die Mortalität der Neugeborenen in den einzelnen Ländern ist auch nicht unter einander einfach zu vergleichen, da in manchen Ländern Kinder, die nur einige Stunden gelebt haben, zu den totgeborenen gezählt werden, während sie bei uns die Rubrik der Kindersterblichkeit belasten.

Das von Herrn Fulda erwähnte Seiffertsche Verfahren der Milchsterilisierung durch ultraviolettes Licht hat sich bisher nicht als brauchbar erwiesen und ist überdies sehr kostspielig.

Herr Scholz sieht in der in der vorigen Sitzung von Herrn Kahn an den Verein gerichteten Aufforderung, den Einfluss des Vereins für die Gründung eines Säuglingsheims geltend zu machen, einen gegen das schon bestehende Kinderheim gerichteten Angriff. Er bringt denselben in Zusammenhang mit dem Vorgehen des ebenfalls an der „Beratungsstelle" tätigen Herrn Rosenhaupt, der in seinen Vorträgen dem Frankfurter Publikum gegenüber das Bestehen eines Kinderheims absichtlich verschweige. Indessen enthalte das Vorgehen des Herrn Rosenhaupt so schroffe Widersprüche, dass dem Redner die Haltung desselben nicht recht verständlich sei. Auch eine Entgegnung Herrn Kahn gegenüber sei schwer, da das Wort „Säuglingsheim" ein labiler Begriff sei. Er wolle nur darauf hinweisen, dass im „Frankfurter Kinderheim" die natürliche Ernährung durchgeführt sei, dass die Mehrzahl der Pfleglinge als Kranke aufgenommen würde, wenn auch infektiös erkrankte nicht verpflegt werden könnten. Es sei deshalb der Gegensatz zu der Schlossmannschen Anstalt ein konstruierter. Auch habe Schlossmann selbst neben anderen Anstalten in seiner neuesten Arbeit die Frankfurter Anstalt gelegentlich als „Kinderheim" erwähnt. Im übrigen will Redner die Beurteilung der Anstalt dem Aerzteverein selbst überlassen, den er im Auftrage des Vereins „Kinderheim" zur Besichtigung desselben einlädt.

Herr Rosenhaupt: Ich werde Herrn Scholz nicht auf den Bahnen persönlicher Polemik folgen. Der Begriff Säuglingsheim ist ein historischer und kein ethymologischer. Historisch begründet durch die erste so genannte Anstalt in Dresden, die ein Säuglingskrankenhaus darstellt. In diesem Sinne kann das hiesige Kinderheim, das ja auch ältere Kinder aufnimmt und seinen Satzungen nach akut kranke Säuglinge nicht verpflegt, nicht als Säuglingsheim bezeichnet werden. Für deren zweckentsprechende Anstaltsversorgung steht hier nur 1 Amme im Christschen Kinderhospital zur Verfügung. Eine Neugründung oder Reorganisation ist daher notwendig. Im Interesse der Säuglinge selbst wäre es auch, wenn der Verein „Kinderheim" seine Satzungen im Sinne der Aufnahme auch von mehrgeschwängerten Mädchen erweiterte.

Herr Benario vermisst in den Ausführungen des Herrn Rothschild Anleitungen dazu, wie das Stillen bei den Müttern selbst gefördert werden könne, denn darüber sei wohl kein Arzt mehr im Zweifel, dass das Stillen die beste Säuglingsernährung sei. Jeder Praktiker müsse in sich eine Säuglingsberatungsstelle verkörpern. Ebenso wie Herr Rosenhaupt goldene Regeln für die Mütter gegeben, müssten auch von Seiten der Aerzte Regeln für das Stillen gegeben werden. B. verweist in dieser Beziehung auf eine Arbeit von Rommel, die zu Beginn des vorigen Jahres in der Münch. med. Wochenschr. erschienen ist, und die sehr wertvolle Erfahrungen und Winke für das Stillen und eine vermehrte Leistungsfähigkeit desselben gibt. Redner empfiehlt schliesslich, die Biersche Saugglocke zu versuchen, zur Anregung einer stärkeren Milchsekretion durch die Hyperämie.

Herr Albert Feuchtwanger: Das Frankfurter Säuglingsheim ist keine Säuglingsheilstätte im Sinne Schlossmanns. Uns Kinderärzten in Frankfurt fehlt aber ein Säuglingskrankenhaus, worin wir z. B. Kinder mit akuten Magendarmstörungen mit Muttermilch ernähren können. Ferner ist ein modernes Säuglingsheim eine Zentralstelle für Ammenvermittlung. Auch dieser Anforderung genügt die Frankfurter Anstalt bis jetzt noch nicht. Sollte sich dieselbe etwa durch Hinzuziehung einer Quarantänestation (wie ich sie in den Kinderheimen Haan-Solingen und in Heidelberg gesehen habe), allmählich zu einem Säuglingskrankenhaus umwandeln, so würden wir dies mit Freuden begrüssen. Ein wichtiger praktischer Gesichtspunkt in der Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit ist das Verbot der Anordnung der künstlichen Ernährung durch die Hebammen. Wir Aerzte (der ärztliche Verein) sollten darauf hinarbeiten, dass die Hebammen keine künstliche Nahrung mehr verordnen dürfen. Wie das Verbot zu stande kommen soll, ist eine organisatorische Frage, die noch offen und zu diskutieren ist.

Herr Vohsen: Die Herren diskutieren über die Frage der Organisation eines zu errichtenden Säuglingskrankenheimes, auf die der Verein nur insoweit Einfluss gewinnen kann, als in dieser Frage massgebende Herren, wie Stadtverordnete oder Stadtarzt von den Wünschen der Aerzte Notiz nehmen. Keiner dieser Herren ist anwesend. Es erscheint zweckmässig, wenigstens dem Stadtarzt, von dieser Diskussion Mitteilung zu machen und ihn aufzufordern, s. Z. über die von den städt. Behörden geplanten Massnahmen dem Verein rechtzeitig zu berichten, damit wir in der Lage sind, vor der Durchführung der Pläne unsere Wünsche zu äussern.

Herr Ernst Kahn bringt folgende Resolution ein:

„Der ärztliche Verein beauftragt seinen Vorstand eventuell unter Zuziehung weiterer Mitglieder anlässlich der geplanten Errichtung eines Säuglingsheims bei den zuständigen Stellen in geeigneter Form dringend darauf hinzuwirken, dass in dem Säuglingsheim die natürliche Ernährung den Pfleglingen zu teil werde. Er hält die Einrichtung eines Säuglingsheims nach dem Muster der Dresdener Anstalt nach den verschiedensten Richtungen hin für eine ausserordentlich wirksame Waffe gegen die Säuglingssterblichkeit, die in Frankfurt immer noch eine Höhe von 17 Proz. der lebend Geborenen erreicht."

Herr Rosengart glaubt Herrn Scholz gegenüber nicht, dass einer der Redner die Absicht gehabt habe, die schöne und rühmliche Gründung unseres verstorbenen Kollegen Kirberger herabzusetzen. Unser Frankfurter Kinderheim in der Böttgerstrasse hat übrigens auch keinen Platz zu einer eventuellen Vergrösserung durch neue Zuwendungen. Zum Antrag des Herrn E. Kahn möchte er folgendes Amendement einbringen: „Der Verein wolle erst dann in Aktion treten, wenn ein Antrag oder Plan des Magistrates vorliegt."

Herr J. Rotschild glaubt aus den wiederholten Bemerkungen des Herrn E. Kahn annehmen zu dürfen, dass dieser glaubt, die Sammlung für Säuglingsfürsorge stünde in irgendwelcher Beziehung zu den städt. Behörden. Wenn auch unser „College honoris causa", der Oberbürgermeister, an der Spitze des Komitees steht, so ist, soweit man darüber etwas in Erfahrung bringen kann, die Sammlung rein privater Natur, für deren Zwecke vorläufig eine städt. Beisteuer nicht verlangt werden soll. Einer Privatsammlung gegenüber werden unsere schönsten Beschlüsse vergebens sein, und das Komitee wird das Mitberaten des ärztlichen Vereins in seinen Angelegenheiten dankend und mit vollem Recht ablehnen. Das Komitee wird schon seine beratenden Aerzte haben und sie sollte der ärztliche Verein dringend bitten, an dieser Stelle baldigst Mitteilung über die Absichten des Komitees zu machen. Hierin ist Herrn Vohsen voll und ganz beizupflichten. Nach dem eben Ausgeführten halte ich den Antrag des Herrn Kahn für überflüssig, viel eher ist dem Antrag des Herrn Rosengart zuzustimmen.

Die beiden Anträge Kahn und Rosengart finden die nötige Unterstützung. Es wird über das Amendement Rosengart, als den weiter gehenden Antrag, zuerst abgestimmt und dieser einstimmig angenommen.

Ordentliche Sitzung vom 7. Mai 1906.

Vorsitzender: Herr E. Cohn.
Schriftführer: Herr J. Rosengart.

Herr **Boit** demonstriert:

1. **Aneurysma** der vorderen Wand des linken Ventrikels bei **Arteriosklerose** der Kranzarterien. Marantische Parietalthrombose in der Aneurysmawand.

Embolie in die Mesenterica superior. Tod durch diffuse Peritonitis infolge hämorrhagischer Infarzierung und Nekrose der von der Mesenterica superior versorgten Darmabschnitte.

2. hochgradige **Mitralstenose** durch chronische rekurrierende Endocarditis valvulae mitralis und Pericarditis chronica fibrosa adhaesiva bei 40 jähriger Frau.

3. schlaffes, stark dilatiertes **Herz** von ca. 30 jähr. Kellner (Potator). Herzklappen, Nieren, Gefässe nicht pathologisch verändert. Tod durch Lungenödem.

4. subchronische parenchymatöse **Nephritis** und **Dilatation** beider Ventrikel bei ca. 50 jähr. Kellermeister.

5. **genuine Schrumpfniere** mit sekundärer Verfettung.

6. **Karzinom des Pankreaskopfes**, verwachsen mit der Hinterfläche des Magens. Kompression des Ductus choledochus von unten durch den karzinomatösen Pankreaskopf, von oben durch eine karzinomatöse Drüse. Infolgedessen hochgradige Erweiterung des Ductus cysticus, hepaticus und der Gallengänge. Ikterus viridis.

7. **Karzinom der Gallenblase** bei Cholelithiasis. Metastasen in der Leber. Karzinomatöse Infiltration des Ligamentum hepato-duodenale. Kompression des Ductus hepaticus. Ikterus. ca. 65 jähr. Mann.

Herr **Scheven: Demonstration aus dem Gebiet der Nebenhöhlenchirurgie.**

Einleitend führt Vortr. aus, dass er bezüglich der Behandlung akuter Nebenhöhlenerkrankungen immer mehr konservativ geworden sei; auch bei den chronischen Fällen von Sinuitis halte er sich so lange von chirurgischen Encheiresen ferne, bis lokale Störungen (hartnäckige Eiterabsonderung von Nase und Rachen, Fötor, Pharyngolaryngitiden), oder allgemeine Stauungen (Kopfweh, Schwindel, Magenstörungen) zum Eingriff Veranlassung böten; dann aber sei der Grundsatz: so energisch wie möglich.

Bei Behandlung der Stirnhöhle habe ihm die typische Operation nach Killian die besten Resultate gegeben, wobei er besonderes Gewicht auf die weite Kommunikation nach der Nase zu legt.

Nicht so befriedigend seien die Resultate bei der Kieferhöhle, wie schon aus der grossen Reihe der operativen Methoden ersichtlich; Vortragender habe es sich zum Prinzip gemacht, möglichst jede Kommunikation nach dem Munde zu vermeiden, und dafür eine weite Kommunikation nachzuschaffen. Er schafft zunächst in der Fossa canina eine breite Oeffnung, von wo aus alles Erkrankte aus dem Antrum ausgeräumt werden kann. Es wird sodann die laterale Nasenwand vom Antrum aus fast total entfernt und nur eine Spange, die dem Ansatz der mittleren Muschel entspricht, stehen gelassen. Nach Aufmeisselung der Knochenwand wird aus der restierenden Schleimhaut des unteren Nasenganges ein Lappen mit der Basis nach unten gebildet und in die Kieferhöhle hineingeklappt. Ein Tampon wird durch die Nase nach aussen geleitet, die Wunde nach dem Munde zu durch Naht geschlossen.

Es folgt nun Vorstellung der Patienten:

1. 17jähriger junger Mann; vor 5 Jahren wegen Sinuitis frontal. mit Durchtritt in die Orbita nach Kukert operiert; guter kosmetischer Erfolg.

2. 36jähriger Mann, vor 2½ Jahren nach Killian operiert; auch hier bestand schon eine Fistel, von einem operativen Eingriff herrührend. Nach der Radikaloperation glatte Heilung.

3. 66jähriger Mann mit doppelseitigem Stirnhöhlenempyem. In 2 Sitzungen nach Killian operiert; auch hier hatte rechts eine Fistel bestanden. Glatte Heilung; sehr schönes kosmetisches Resultat.

4. 33jähriger Mann, dem wegen hartnäckig rezidivierender Ethmoidalpolypen das Siebbein links durch äussere Operation ausgeräumt worden ist. Nach Resektion des Processus nasofrontalis und eines grossen Teiles der Lamina papyracea wurden die Siebbeinzellen bis an die Keilbeinhöhle ausgeräumt. Glatte Heilung.

5. 21jähriges junges Mädchen, bei dem beide Kieferhöhlen radikal operiert worden sind; wenn auch der Begriff anatomischer Heilung in solchen Fällen fraglich, so ist die Patientin wenigstens von allen Beschwerden befreit.

6. 50jährige Frau, die mit typischen Beschwerden eines linksseitigen Antrumempyems in Behandlung trat. Nach Anbohrung von der Alveole und Spülungen schienen alle Beschwerden geschwunden. Erst eine Blutung machte auf unbedeutende Polypenbildung im Hiatus aufmerksam; diese Polypen schienen makroskopisch verdächtig und erwiesen sich mikroskopisch als Karzinom.

Die Operation wurde nun so radikal wie möglich vorgenommen (DDr. Pinner und Scheven). Osteoplastische Entfernung des Oberkiefers. Aufklappen desselben und Umschlagen nach aussen. Es präsentiert sich der Tumor, der, von den hinteren Siebbeinzellen ausgehend, an einer Stelle ins Antrum perforiert war.

Die Entfernung gelingt relativ leicht und ohne nennenswerte Blutung, so dass zum Schluss nur die hintere und obere Wand der Keilbeinhöhle, der Proc. pterygoid. der Keilbeine erhalten bleibt, das Siebbein völlig entfernt ist und von der Kieferhöhle lediglich der Boden und die vordere Wand erhalten bleibt. Naht.

Patientin ist nunmehr, nach 9 Monaten, völlig frei von Beschwerden und ohne Rezidiv. Ausgezeichnetes kosmetisches Resultat.

Ueber die Methoden der Operation berichtet noch Herr Pinner.

Herr **Vohsen:** In einem Falle von **Siebbeinkarzinom,** den ich Ihnen demnächst vorstellen will, hat mir die temporäre Resektion unter Schonung der horizontalen Platte sehr gute Dienste geleistet. Die Uebersicht genügt vollständig. Die Pat. ist seit nunmehr 3 Jahren rezidivfrei. Weigerts Diagnose lautete: Plattenepithelkarzinom. — Die vorgestellten Fälle von Stirnhöhlenoperationen zeigen ein vorzügliches kosmetisches Resultat. Offenbar handelte es sich um relativ kleine Stirnhöhlen. Bei grossen Stirnhöhlen sehen die Resultate weniger schön aus, ein Grund mehr, sich der auch von mir geteilten zurückhaltenden Indikationsstellung anzuschliessen, wie sie der Vortragende empfohlen hat. Wir können uns ja in den meisten Fällen ein ziemlich genaues Bild von der Konfiguration der Stirnhöhle vor der Operation verschaffen und werden unser Vorgehen auch von dieser Erwägung beeinflussen lassen. Eine spätere Auffüllung des Defektes mit Paraffin, wovon in solchen Fällen grössere Mengen erforderlich sind, ist bei der noch unentschiedenen Frage der Paraffinprothesen nicht ohne Bedenken. — Die Frage der radikalen Kieferhöhlenoperationen wird von dem Vortragenden mit Recht als eine noch offene bezeichnet. Da uns daran gelegen sein muss, vor allem die Ursache des Empyems festzustellen, ist es verwunderlich, dass so wenig Gebrauch von der Endoskopie der Höhle vor der Operation gemacht wird, die von einer leicht anzulegenden kleineren Oeffnung aus unschwer auszuführen ist. — Wenn wir, worin ich mich auch mit dem Vortragenden begegne, die Oeffnung nach dem Munde sofort schliessen und nach der Nase drainieren, so müssen wir uns sagen, dass es doch recht gut gelingt, mit einer geraden Trephine unter Verdrängung der knorpligen Nasenscheidewand einen breiten Zugang zu der Höhle vom unteren Nasengang aus zu schaffen, der auch ohne Opferung der fazialen Wand eine Drainage gestattet, mit der wir in vielen Fällen auskommen. Vor diesem, wie jedem anderen Eingriff dürfen die Momente nicht ausser acht gelassen werden, die uns in dem Aufbau des Oberkiefers einen Schluss auf die Gestalt der Höhle gestatten, von dem unser operatives Vorgehen abhängig zu machen ist. Einen neuen Gesichtspunkt zur möglichsten Schonung der fazialen Wand schöpfte ich aus einer Ausführung von Prof. Witzel, der behauptet, dass durch diese Trepanationsmethode die Ernährung der Zähne so notleide, dass sie baldiger Degeneration entgegengingen. — Die Zeit verbietet mir, weiter auf diese so wichtige Frage einzugehen.

Herr **Sippel** gibt einen kurzen historischen Ueberblick über die Entwicklung der **beckenerweiternden Operationen** von Sigault ab bis zur Jetztzeit. Er schildert die Technik des Giglischen Lateralschnitts, speziell die von Doederlein ausgebildete sogenannte subkutane Methode, und demonstriert im Anschluss daran ein Becken, bei welchem er an der Leiche die subkutane Operation ausgeführt hat. Sodann hebt er die Vorzüge des Lateralschnittes, der Pubiotomie, gegenüber der

Symphyseotomie hervor. Er schildert die durch die Operation erzielten Veränderungen der verschiedenen Beckendurchmesser, wie sie einmal durch das Auseinanderweichen beider Beckenhälften und zweitens durch die gleichzeitige Rotation des Promontorium nach hinten zu stande kommen (Sellheim). Die Erweiterung bei Pubiotomie ist (entgegen Stoeckel) die gleiche wie bei Symphyseotomie. In fest umschriebenen Grenzen wird die Pubiotomie Gutes leisten. Diese Grenzen sind sowohl nach oben wie nach unten bezüglich der Beckenverengung scharf zu ziehen. Die Grösse des Kindes ist dabei zu berücksichtigen, um eine genaue Indikationsstellung zu haben. Sippel ist der Ansicht, dass man z. Z. die Leistungsfähigkeit und die Gefahrlosigkeit der Pubiotomie zu überschätzen geneigt sei. Die klassische Sectio caesarea und die Perforation des lebenden Kindes würden durch sie eingeschränkt aber nicht abgeschafft werden. Die Pubiotomie sei, wie so mancher andere, heilsame, moderne, geburtshiflich operative Eingriff ausser in Fällen dringender Not den Krankenanstalten zu reservieren. Deshalb sei es nötig, endlich die so lange in unbegreiflicher Weise versäumte Errichtung moderner geburtshilflich-gynäkologischer Abteilungen in den Krankenhäusern der grossen Städte zu beginnen, um einer dringenden sozialen Pflicht zu genügen.

Herr **A. Kutz** demonstriert einen 7½ Monate alten Fötus, der 5 Wochen vor seiner Geburt, also 8 Tage ante terminum, abstarb; der Tod des Kindes war durch eine seltsame **komplizierte Nabelschnurumschlingung** bedingt, an der sämtliche vier Extremitäten beteiligt waren. Die Schnur ist dicht am Nabel durch Umwickelung des linken Fussgelenkes bis zur Unwegsamkeit der Nabelgefässe komprimiert. Der Fötus stammt von einer II. Para, die gleich ihrem ersten Kind völlig gesund ist. Die Geburt verlief glatt innerhalb 3 Stunden in Schädellage, nachdem wochenlang vorher öfters leichte Wehen eingesetzt hatten.

Herr Richartz: Zur Diagnose der viszeralen Gicht, speziell ihrer gastro-intestialen Form.

Herr Richartz bespricht zunächst ausführlich die theoretischen Einwände gegen die Auffassung, dass gewisse mit besonderer Häufigkeit im Gefolge der Gelenkgicht auftretende Erkrankungen der Verdauungsorgane nun auch im vollen Sinne des Wortes als gichtisch zu betrachten seien und kommt zu dem Schlusse, dass diese Einwände nicht stichhaltig sind. Das klinische Bild sei allerdings ein sehr verschiedenes, vor allem der Gegensatz zwischen dem akuten Charakter der typischen Gelenkgicht und dem meist chronischen der gastro-intestinalen Affektion erschwere die Erkenntnis der inneren Verwandtschaft, allein wie bei der Arthritis articul.,

besonders der hereditären, auch Fälle von ganz chronischer Natur beobachtet werden, so nimmt, wenn auch selten, die Magendarmgicht die Form akutester Anfälle an.

Für letzteres führt Vortr. zwei von ihm beobachtete Beispiele an, von denen der zweite Fall dadurch noch besonders bemerkenswert ist, dass die als gichtisch nachweisbare Magenaffektion ohne jede Beteiligung des Gelenkapparates einherging. Bezüglich der Diagnose solcher Fälle betont R. die grosse Beweiskraft der Diagnose ex juvantibus. Die antiarthritische Diät, die fast alle differential-diagnostisch in Betracht kommenden sonstigen Erkrankungen des Verdauungstraktus eher zu verschlimmern geeignet wäre, hatte in beiden mitgeteilten Fällen einen auffallenden Erfolg. Grosses Gewicht ist ferner auf eine genaue, auch die Seitenlinien der Aszendenz berücksichtigende Anamnese zu legen. Im zweiten Falle war auch auf Harnsäureretention im Blute gefahndet worden. Die Technik der betreffenden Proben wird gestreift und ihre diagnostische Bedeutung dahin eingeschränkt, dass positiver Ausfall zunächst lediglich die Existenz einer uratischen Diathese dartut. Ein nach dem heutigen Stande unserer Kenntnisse sicherer Beweis für die gichtische Natur lässt sich eigentlich nur bei paroxysmal auftretenden Affektionen und zwar durch die Beobachtung des Ausscheidungmodus der exogenen Harnsäure erbringen.

Diskussion: Herr Hirschberg berichtet im Anschluss hieran über Erfolge, die er mit der Bierschen Stauungshyperämie bei der Behandlung der Gelenkgicht erzielt hat.

Herr Baer erwähnt schnelle und dauernde Heilungen bei Akne, die er antigichtisch behandelt hat.

Herr Vohsen bezweifelt, dass die Wirkung der vegetarischen Diät bei der Gicht so sicher und einwandfrei sei, dass der Vortragende seine Diagnose der Gicht in seinen zwei Fällen nur ex juvantibus, der vegetarischen Diät, stellen dürfe.

Herr Bardorff berichtet ebenfalls über auffallend schnelle und sichere Erfolge, die er in zwei Fällen von Gelenkgicht durch die Biersche Stauung erzielt hat.

Im Schlusswort bemerkt Herr Richartz, dass in der Tat in England (aber auch in anderen Ländern) gewisse Hautkrankheiten, und zwar besonders die Psoriasis und das Ekzem mit Vorliebe als Ausdruck einer uratischen Diathese angesehen und demgemäss behandelt werden. Ob der Schluss ex juvantibus, den Herr Baer in den von ihm beobachteten Fällen zog, unanfechtbar ist, scheint einigermassen fraglich, da gerade bei Akne weniger ein Zusammenhang mit Arthritis als vielmehr ein solcher mit intestinalen Autointoxikationen chronischer Natur bekannt ist und auch bei solchen eine fleischfreie Diät als das beste Heilmittel anzuraten wäre. Auf die Frage des Herrn Vohsen bezüglich des Wertes der fleischfreien Kost für die Behandlung und speziell die Dauerheilung der echten Gelenkgicht ist zu erwidern, dass der Ausschluss purinfähiger Nah-

rungsmittel gewiss nicht in allen, zumal alten Fällen, sichere Heilung bringt, ebensowenig etwa wie Ausschluss von Kohlehydraten bei jedem Diabetes Verschwinden des Zuckers garantiert (Purintoleranz!); trotzdem stellt diese Diät die wichtigste und beste Therapie dar, über die wir verfügen und zeitigt auch nicht selten Dauererfolge. Wo bei nicht zu lange bestehender, oder etwa nicht ganz typisch verlaufender Erkrankung eine streng und genügend lang fortgesetzte purinfreie Diät ohne jeden Effekt bleibt, da dürfte es ratsam sein, die ätiologische Diagnose der betreffenden Gelenkaffektion einer Revision zu unterziehen.

Ausserordentliche Sitzung vom 14. Mai 1906.

Vorsitzender: Herr Emanuel Cohn.
Schriftführer: Herr Rosengart.

1. Beratung der Vorschläge, welche vom Geschäftsausschuss dem diesjährigen Aerztetag gemacht werden sollen. Nach einem ausführlichen Referat des Herrn Scheven im Namen des Standesausschusses wird eine Reihe der Vorschläge unverändert angenommen, zu einer anderen werden Zusatzanträge beschlossen. Als Delegierter wir der Vorsitzende des Vereins Herr E. Cohn, als sein Stellvertreter Herr Scheven gewählt.

2. In Angelegenheit der über die freie Bahnarztstelle verhängten Sperre liegt ein Schreiben des Vorsitzenden der Aerztekammer vor, der beantragt, der Verein möge die Sperre aufheben. Der Verein beschliesst nach einiger Debatte, die Sperre nach aussen aufrecht zu halten, aber die Aufteilung der freien Kassenarztstelle unter die Bahnkassenärzte zu gestatten.

Ordentliche Sitzung vom 21. Mai 1906.

Vorsitzender: Herr E. Cohn.
Schriftführer: Herr J. Rosengart.

Nach Mitteilungen des Herrn Vorsitzenden über eine Sitzung der Dr. v. Senckenbergschen Stiftungsadministration, zu der der Vorstand des Aerztlichen Vereins eingeladen war, demonstriert

Herr Baerwindt den Situationsplan und die Pläne zur inneren Einrichtung des neuen Senckenbergschen Bibliothekgebäudes und des für den Aerztlichen Verein bestimmten Sitzungssaales.

Herr Wislicenus demonstriert **pathologisch-anatomische Präparate.**

Herr **Rosengart** berichtet im Anschluss an die Demonstration des Herrn Wislicenus über einiges Klinische zu dem Präparat von **Ulcus carcinomatosum** am Uebergang vom S roman. ins Rektum und von Blasendivertikel. Das Ulcus ist fünfmarkstückgross oder nur wenig darüber. Es umfasst etwa die Hälfte des Darmlumens und hat die Muskularis nur wenig, die Serosa noch gar nicht ergriffen. Dennoch ist seine Existenz schon vor länger als 1¼ Jahren richtig erkannt worden, und zwar ohne dass es palpabel war oder Stenoseerscheinungen gemacht hat. Sein Bestehen kündigte sich nur durch blutig-schleimige Abgänge im Stuhle an, die an sich ja schwer zu deuten und für ein Karzinom nicht charakteristisch sind. Herr Albrecht machte mich aber schon so früh auf die Anwesenheit grosser Körnchenzellen in diesen blutig-schleimigen Abgängen aufmerksam, die ihm aus mehrjährigen älteren Beobachtungen als charakteristisch für stark zum Verfall neigende, speziell aber für karzinomatöse Geschwüre erscheinen. Diese grossen körnchenhaltigen Zellen sind leukozytären Ursprungs. Sie treten in den Grund des Geschwürs über und nehmen aus dem sich bildenden Detritus für den Körperhaus-

halt noch verwertbare Stoffe auf, und die in ihnen sichtbaren Körnchen sind Fetttröpfchen. Sie finden sich nur im Grunde zerfallender Ulzerationen und werden von hier in Fällen von Darmkarzinomen mit dem Stuhle zu tage gefördert. Durch ihren Nachweis ist mir in einem weiteren Falle von hochsitzendem Rektumkarzinom und in einem Falle von Karzinom der Flexura lienalis die frühzeitige Diagnose ermöglicht worden. Die Richtigkeit der Diagnose ist in einem dieser Fälle durch die Operation bestätigt worden. Der andere betrifft eine alte Dame, der ich zur Operation nicht zurede. Bei einem anderen Kranken mit ganz ähnlichen blutig-schleimigen Abgängen dagegen habe ich auf Grund des Fehlens dieser körnchenhaltigen Zellen bei wiederholter Untersuchung das Karzinom ausgeschlossen, und dies offenbar mit Recht, denn der 54 jährige Patient hat sich im Verlaufe der Beobachtung, die sich jetzt auch schon auf 1½ Jahre erstreckt, glänzend erholt, und auf eine lokale Behandlung sind auch die Darmabgänge seit ½ Jahre verschwunden. Der Patient nimmt fortdauernd an Gewicht und gutem Aussehen zu und fühlt sich völlig gesund.

Seit einiger Zeit habe ich auch die Körnchenzellen im Inhalt des karzinomverdächtigen Magens zu suchen begonnen und sie auch in einem Falle, der sich noch in Beobachtung befindet, erkennen können. Diese Untersuchungen müssen aber noch fortgeführt werden.

Herr **Plaut** demonstriert ein durch Operation gewonnenes Präparat von tuberkulöser **Ileumstenose.**

25 jähriges Mädchen, stets gesund gewesen, Vater an Hämoptoë gestorben. Seit 1 Jahr in zunehmender Häufigkeit Schmerzanfälle im Leibe, z. T. mit anschliessendem Erbrechen. Stuhl anfangs diarrhoisch, später verstopft. Die Schmerzanfälle kommen periodenweise, der einzelne Anfall endet mit lautem Gurren. Abmagerung, Blässe. Leib aufgetrieben, namentlich in der Mitte. Im Anfall deutlich sichtbare Darmsteifung in der Nabelgegend und rechts davon. Druckempfindlichkeit, kein Tumor fühlbar. Lautes Plätschergeräusch in grosser Ausdehnung, das mit Sicherheit auf den Dünndarm zu beziehen ist. Diagnose: Tuberkulöse Ileumstenose. Operation (S.-R. Dr. Pinner). Resektion der stenosierten Stelle im mittleren Ileum und von etwa 20 cm oberhalb derselben gelegenen, sehr erweiterten Darmes. Verschluss der Enden durch Naht, seitliche Anastomose. Serosa der Stenose entsprechend injiziert, keine Knötchen, übrige Serosa intakt, Zoekum ohne Veränderung, sonst keine Stenose. Heilung. Schmerzanfälle verschwanden, nach 3 Wochen volle Kost vertragen, Stuhl regelmässig, Gewichtszunahme. Das Präparat zeigt die Schleimhaut innerhalb der Stenose hypertrophisch, z. T. polypös gewuchert, nirgends ulzeriert, oberhalb der Stenose atrophisch, Querfaltung verschwunden. Einzelne Knötchen sind sichtbar. Keine Schleimhautnarbe. Die Stenose ist also nicht Folge eines vernarbten Ulcus, sondern eines sklerosierenden, zu lokaler Beschränkung neigenden Prozesses in der Submukosa. Die Prognose ist daher gut.

Diskussion: Herr Pinner, Herr Rehn und Herr Siegel.

Herr **Seligmann: Ein neuer Gesichtspunkt in der Therapie der Ohrfurunkulose und der Furunkulose überhaupt.**

Die seit den Untersuchungen von Schimmelbusch (1889) geltende Theorie von der Entstehung der Furunkulose

durch das Zusammentreffen zweier Momente: der Anwesenheit von Staphylokokken auf der Haut und der Einreibung derselben in die Haarbälge scheint nicht zu genügen zur Erklärung der Entstehung. Vortr. fügt als vermittelndes Glied die momentane Disposition in Gestalt eines Ekzems oder Status eczematosus der Haut ein. Als Beweis dient ihm der aus seinen Erfahrungen gewonnene Umstand, dass antiekzematöse Mittel am Ohr die Furunkulose coupieren, ekzembegünstigende dagegen die Rezidive mehren. Ueber die Wirkung der ekzemhemmenden Mittel klärt ein Versuch auf, der im Senckenbergschen pathologischen Institut von Dr. Boit auf Anregung des Vortr. ausgeführt wurde. Aufstreuen von Dermatol auf Oeffnungen in Nährböden verhindert das Hineinwachsen der Staphylokokken; die Wirkung ist also eine physikalische. Vortr. empfiehlt daher eine Pulverbehandlung mit Benutzung ekzemhemmender Substanzen gegen die Furunkulose des äusseren Gehörgangs und regt an, dieselbe auch bei allgemeiner Hautfurunkulose zu versuchen.

Diskussion: Herr Vohsen: Die Ohrfurunkulose beginnt doch mit einem einzelnen Furunkel, den wir darum nicht aus der Diskussion ausschalten können. Herr S. selbst hat ja von dessen Therapie gesprochen und es wird sehr erfreulich sein, wenn wir in der empfohlenen Pulvereinstreuung ein Mittel haben, die Ausbreitung zur Furunkulose zu verhindern. Durchaus stimme ich dem Vortragenden bei in der Warnung vor Inzisionen, wo wir nicht mit Sicherheit den Eiter treffen können, wie dies meist im Stadium der Rötung und Schwellung der Fall ist. Man macht dem Patienten nur unnütze Schmerzen. Nicht einmal bei glücklich eröffnetem Eiterherd ist die Inzision ohne Gefahr, indem bei der leichtesten Nebenverletzung der Gehörgangsepidermis sehr leicht ein neuer Furunkel hervorgerufen wird. Auch habe ich nicht den Eindruck, als ob durch die Inzision eine Abkürzung der Erkrankung erzielt würde. Dass ein Ekzem immer die Grundlage für die Furunkel bildet, erscheint mir nicht erwiesen. Die Furunkel entstehen, wie das eben erwähnte Beispiel zeigt, auf traumatischem Weg, wozu ja bei den meisten Menschen reichlich Gelegenheit geboten ist. In der Therapie möchte ich im Gegensatz zu dem Vortragenden die warmen Umschläge ihrer schmerzlindernden Wirkung wegen nicht vermissen. Zu warnen ist vor der Anwendung von Watte. Schon vor Jahrzehnten hat Schwartze vor der Anwendung von Watte bei Mittelohreiterungen gewarnt, leider mit so wenig Erfolg, dass wir heute noch als das beliebteste Tamponademittel bei Aerzten und Laien Watte angewandt sehen. Die verfilzt sich sehr gern mit dem Sekret und bietet eine häufige Ursache für diffuse Dermatitiden wie auch Furunkel. Der Gehörgang ist nur mit sterilem Mull und locker zu tamponieren.

Herr Veis betont die traumatische Entstehung der Furunkel. Die Behandlung mit Gaze nach Seligmann möge für die schon offenen Furunkel gut sein, für die noch geschlossenen hat sich ihm gegen die Schmerzen am besten die Inzision bewährt.

Herr Ludwig Wolff: Die Ursache der Furunkulose des äusseren Gehörgangs ist meistens ein Ekzem oder eine Dermatitis, die zum Jucken und Kratzen Veranlassung gibt und dadurch oft die Infektion hervorruft. Die warmen Umschläge empfiehlt er ebenso wie Herr Vohsen.

Herr R. Kaufmann: Die Behauptung des Herrn Seligmann, dass dem Furunkel gewöhnlich ein akutes Ekzem vorausgeht, trifft für Furunkel der Haut gewiss nicht zu. Aber auch der Behauptung des Herrn Hirschberg, dass es keine Furunkulosis gibt und dass jeder Furunkel infolge von Einreibung mit Eitersekret entsteht, muss ich entschieden widersprechen. Wir sehen trotz peinlichster Sauberkeit Furunkel bei Akne entstehen, wir sehen sie ferner bei gewissen Krankheiten, wie Diabetes und Gicht auftreten, wir müssen für diese Fälle eine Disposition annehmen. Was die Therapie anbetrifft, so habe ich mit der Saugbehandlung nach Bier-Klapp ausgezeichnete Resultate erzielt und kann diese Methode nur empfehlen.

Herr K. Herxheimer: Im Gefolge von Ekzemen treten auch andere Infektionskrankheiten der Haut auf, z. B. Impetigo oder Sykosis vulgaris. Furunkel bei Ekzem ist etwas recht häufiges. Er könne aber nicht zugeben, dass zum Zustandekommen eines Furunkels im Gehörgang ein Ekzem vorhanden sein müsse. Er wolle nur an den Furunkel des Diabetikers erinnern. In solchen Fällen hat es natürlich dann auch keinen Sinn, eine antiekzematöse Behandlung einzuleiten. Die Komplikation Ekzem und Furunkel bedarf einer antiseptischen Behandlung, die zugleich möglichst antiekzematös wirkt. Ob gerade das Dermatol das Mittel hierzu sei, möchte er bezweifeln, da Dermatol selber Ekzeme hervorzubringen vermag.

Ausserordentliche Sitzung am 11. Juni 1906.

Vorsitzender: Herr Emanuel Cohn.
Schriftführer: Herr Heinrich Seligmann.

Herr **Bolt** vom Dr. Senckenbergschen Institut: **Demonstrationen.**

1. Kleines ringförmiges stenosierendes **Oesophaguskarzinom**, 2 cm oberhalb der Kreuzung mit dem linken Bronchus.

2. Primäres ulzerierendes **Blasenkarzinom** bei 60 jährigem Mann. Durch Kompression beider Ureterenmündungen in der karzinomatösen Blasenwand hochgradige Dilatation der Ureteren und Hydronephrose. Durchbruch des Karzinoms nach der Bauchhöhle. Tod an diffuser Peritonitis.

3. Hirsekorngrosser, verkäster **Tuberkel** in der Vena cava inferior (tuberkulöse Drüsen in der Umgebung) und ein verkäster Tuberkel in einer mittleren Lungenvene als Ausgangspunkte von akuter miliarer Tuberkulose bei 20 jährigem Mädchen.

4. **Hepatitis interstitialis et gummosa** bei 4 Monate altem, kongenital luetischem Kind. (Mutter luetisch.)

5. **Aortitis thoracica** bei 60 jähriger verheirateter Nullipara. Im Arcus aortae 4 sackförmige Aneurysmen. Das grösste von etwa Apfelgrösse liegt an der vorderen Wand und reicht vom Arkus bis nahe an die Herzbasis heran. Es ist in die Arteria pulmonalis sinistra und in die Aorta ascendens perforiert. Die Perforationsstellen sind durch Thromben verschlossen. Der Thrombus in der Pulmonalis verschliesst das Lumen fast vollständig. Es bestand hochgradige Dyspnoe. Der Tod erfolgte an konfluierender Bronchopneumonie.

6. **Zwerchfellhernie** mit Ektopie eines etwa taubeneigrossen Netzteils in den linken Pleuraraum bei 35 jährigem Mann. Die zehnpfennigstückgrosse Perforationsöffnung liegt im muskulösen Teil der linken Diaphragmahälfte dicht vor dem Zentrum tendineum. Die linke 8. Rippe weist nahe dieser Stelle eine geheilte Fraktur auf. Das obere Frakturende ist schnabelförmig zugespitzt. Vor 3 Jahren soll der Mann einen Hufschlag gegen die linke Brust erhalten haben. Seitdem litt er an Magenbeschwerden. In dem durch die Hernie gezerrten dilatierten oberen Teil des Fundus finden sich 3 kleine Geschwüre. Eines ist perforiert und führt in einen kinderfaustgrossen Abszess zwischen Magen und Milz. Ein zweiter Abszess liegt hinter dem unteren Drittel des Magens und dem linken Leber-

lappen. Blutungen aus einem erbsengrossen flachen Magengeschwür führten zu hochgradiger Anämie und zum Tode.

Herr **Rothschild** - Soden am Taunus: **Ueber Tuberkulinbehandlung.**

Die neueren Erfahrungen im günstigen Sinne mit Tuberkulin bestätigt Vortragender aus zahlreichen Erfahrungen.

Die Auswahl der Fälle soll abhängen

1. vom günstigen Allgemeinbefinden,
2. von der Abwesenheit von Temperaturerhöhungen.

Es muss 5 mal täglich Mundmessung im geschlossenen Raume stattfinden, wobei Temperaturen bis 37,2° als normal gelten.

Besserungen hat Vortragender in allen Stadien beobachtet. Grundprinzip der Behandlung ist Verminderung der Allgemeinreaktion. Deshalb wurde nur Alttuberkulin in kleinsten Dosen — beginnend mit $^1/_{100}$ mg — und allmählich steigernd bis zu höchstens 1 cg angewandt. Tritt einmal trotz vorsichtigster Dosensteigerung Fieber ein, so wartet man bis zum völligen Verschwinden desselben und injiziert so lange die letztgewählte Dosis, bis sie reaktionslos vertragen wird. Auch die Beobachtung der Lokalreaktion des Pulmonikers ist wichtig, und vermehrtes Rasseln muss verschwunden sein, ehe man eine neue Injektion vornimmt. In 20 Proz. der behandelten Fälle verschwanden während einer 8—20 wöchentlichen Behandlung vorher nachgewiesene Koch sche Bazillen. Das Allgemeinbefinden wurde stets in auffallend günstiger Weise beeinflusst. Verwandt wurde das Hadra sche Alttuberkulin in abgeteilten Dosen.

Vortragender erblickt in einer richtig und vorsichtig geleiteten Tuberkulintherapie das einzige Mittel zur spezifischen Beeinflussung der Tuberkulose.

Zum Schluss macht Verfasser auf eine Reihe von ihm beobachteter weiblicher Tuberkulöser aufmerksam, wo sich die Tuberkulose mit einem in den Entwicklungsjahren entstandenen Morbus Basedowii vergesellschaftete und wo während der Tuberkulintherapie auch die Erscheinungen des Morbus Basedowii zurückgingen.

Diskussion: Herr Treupel bestreitet, dass ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Tuberkulose der Lungenspitzen und Basedowscher Krankheit besteht. Die Basedowkranken sind auch keineswegs stets anämisch, natürlich kann auch bei einem Basedowkranken sich eine Anämie und Tuberkulose entwickeln. Im übrigen kann aber Herr Treupel das, was Herr Rothschild über die guten Erfolge bei der Behandlung mit Alt-Tuberkulin gesagt hat, nur bestätigen. Auf die Auswahl der Fälle (reine Tuberkulose, mit nur geringen Temperaturen, im allgemeinen nicht über 38,0), peinlichste

Beobachtung der Temperatursteigerung. Hand in Hand mit der genauen Kontrollierung der perkutorischen und auskultatorischen Veränderungen am Lungenherd, Vermeidung jeder erheblichen Reaktion, ist das Hauptgewicht zu legen. Am sichersten und besten wird man daher die Tuberkulinbehandlung in geschlossenen Anstalten (Sanatorien, Krankenhäusern) vornehmen können. Gute Erfolge werden aber auch in Kurorten bei sorgsamster Ueberwachung durch den Arzt, wie Herr Treupel aus eigener Anschauung weiss, erzielt. Neben der Tuberkulinbehandlung muss stets eine roborierende Allgemeinbehandlung einhergehen. Was die Höhe der Dosis angeht, so beginne man sehr vorsichtig mit tausendsten Teilen eines Milligramm und steige langsam bis zur Maximaldosis von etwa einem Zentigramm. Mehr zu geben ist nicht nötig, doch erwähnt Herr Treupel 2 Fälle, wo man von den minimalen Anfangsdosen allmählich in dem einen auf 6 cg Alt-Tuberkulin, in dem anderen sogar auf ½ g Neu-Tuberkulin gestiegen war.

Herr L. Hanau: Von hohem Interesse erscheint mir die Beobachtung, dass das Tuberkulin in Fällen von fibröser Tuberkulose, in denen also anstatt Verkäsung Bindegewebsneubildung eintritt, keinerlei Einwirkung zeigt. Diese Erscheinung ist meines Erachtens nur so zu erklären, dass entweder keine lebensfähigen Tuberkelbazillen mehr vorhanden sind, der Prozess also unter Vernarbung ausgeheilt ist, oder dass es sich hier um einen anderen Erreger handelt, vielleicht den Bazillus der Perlsucht. Es wäre wohl von Wichtigkeit, in solchen Fällen den Versuch zu machen, ob nicht vielleicht das Tuberkulin, aus Perlsuchtbazillen hergestellt, eine Reaktion erkennen lässt.

Herr Heichelheim fragt an, welche Erfolge unter Berücksichtigung eines Dauerresultates durch Tuberkulinbehandlung erzielt wurden. Vollkommenes Verschwinden aller Krankheitssymptome habe man auch bei anderen Behandlungsmethoden, speziell der Sanatoriumsbehandlung sehr häufig beobachtet, besonders bei sehr streng ausgewählten Kranken, wie das für die Tuberkulinbehandlung gefordert wird. Leider habe sich aber sehr oft bei der Nachuntersuchung nach 1—2 Jahren gezeigt, dass der alte Krankheitsherd doch noch vorhanden war. Man sollte daher nur von geheilten Fällen sprechen, wenn mindestens nach 2 Jahren keine Zeichen des früheren Prozesses nachweisbar sind.

Herr L. J. Roth-Usingen: Eine vielleicht etwas laienhafte Anfrage, vielmehr wie sie wohl von Laien öfters an uns gestellt werden mag: Ist es unzweifelhaft sicher, dass die Injektionen von Alt-Tuberkulin — es werden solche bekanntlich auch zu diagnostischen Zwecken gemacht — keinen Schaden stiften, etwa dass darauf eine Erkrankung an Tuberkulose erst erfolge (vielleicht durch Erhöhung der Disposition) oder durch Wiederaufflackern ausgeheilter Prozesse eintrete? Existieren hierüber grössere Reihen von Untersuchungen und speziell Sektionsbefunden?

Herr Vohsen: Da es bei der Beobachtung der Reaktion auf Dezigrade ankommt, so bitte ich den Vortragenden, mitzuteilen, wie er bei ambulanter Behandlung die Fehlerquellen ausschliesst, die aus äusseren Ursachen leicht die Kurve fälschen können; Bewegungen sind ja sehr geeignet, die Temperaturen zu erhöhen. Auch die Mundmessung ist keine exakte, wie sie wünschenswert ist, wenn es auf

so geringe Temperatursteigerungen ankommt. Ob es wirklich möglich ist, Rasselgeräusche zahlenmässig zu bestimmen, wie der Vortragende das angibt, scheint mir bei dem wechselnden Füllungszustand der Bronchien und Herde doch sehr zweifelhaft.

Herr Benario kann die guten Erfahrungen Rothschilds mit Tuberkulin nur bestätigen. Es war ihm wertvoll, zu hören, dass anderweitig mit der Tuberkulinbehandlung eine Hetolbehandlung kombiniert wird. Er selbst behandelt seit einiger Zeit Tuberkulöse mit Tuberkulin und Arsen, beides kombiniert und subkutan injiziert. Man kann die einzelnen Dosen durch verschiedene Mischung auf das genaueste abmessen. B. benutzt mit Vorliebe die Bazillenemulsion, und schlägt ein bei den übrigen Immunisierungsverfahren übliches Vorgehen ein, indem er versucht, durch Erwärmen auf 55° die Toxine in Toxoide umzuwandeln, mit denen sich leichter immunisieren lasse. Die Reaktionen werden dadurch geringer resp. bleiben ganz aus, und wenn sie auftreten, treten sie verzögert auf. B. verweist noch auf die Arbeiten Wassermanns und Brucks, welche vielleicht imstande sind, Licht in das noch dunkle Gebiet der Tuberkulinwirkung zu werfen. B. wird über seine Erfahrungen noch später Mitteilung machen; möchte aber das Tuberkulin bei der Behandlung der Phthise nicht mehr missen.

Herr Rothschild (Schlusswort): Es lag uns fern, eine neue Basedowtheorie aufzustellen — ich konstatiere einfach die Tatsache, dass Basedow und Tuberkulose bei weiblichen jugendlichen Patienten sich öfters vergesellschaften und in ihrem Verlaufe in einer gewissen Abhängigkeit zu stehen scheinen. Die Beobachtung der Lokalreaktion ist Uebungssache, mit dem Membranstethoskop aber leicht durchzuführen. Schädigungen mit Alttuberkulin sind nicht denkbar, da es im Gegensatz zum Neutuberkulin nie Bazillenleiber enthält.

Ordentliche Sitzung vom 18. Juni 1906.

Vorsitzender: Herr Emanuel Cohn.
Schriftführer: Herr Joseph Rosengart.

Der Aerzteverband für freie Arztwahl teilt mit, dass er auch ein erneutes Ersuchen der Aerztekammer um Aufhebung der über den früheren, Dr. Hübnerschen Eisenbahnarztbezirk verhängten Sperre habe ablehnen müssen.

Herr **L. Edinger: Zwei neue Apparate zum Zeichnen mikroskopischer Präparate.**

1. Lässt man den Strahl einer Bogenlampe auf den Spiegel eines um 45 Grad geneigten Mikroskopes fallen, so kann er über dem Okular mit einem kleinen, vorn plattierten und ebenfalls in einem Winkel von 45 Grad stehenden Spiegel so aufgefangen werden, dass der Spiegel direkt auf den Arbeitstisch, genau auf die Stelle zwischen Beobachter und Mikroskop, ein Bild wirft. Dieses Bild, zu dem Linsen mindestens bis Leitz 7 noch gut benutzt werden können, ist so scharf und so reichlich lichtstark, dass die Anordnung direkt statt des Mikroskopierens mit dem Auge am Okular benutzt werden kann. Wenn die kleine Bogenlampe, welche die Firma Leitz eben speziell für diesen Apparat baut, lieferbar ist, wird ihre Anschaffung und die des Spiegelchen genügen, um jedes Mikroskop zu einem Zeichenapparat verwenden zu können.

Die gleiche Einrichtung kann aber auch zur Demonstration vor grösserem Kreise gebraucht werden. Man hat das Mikroskop nur senkrecht zu stellen, um an der Wand je nach der Entfernung ein Bild bis zu Metergrösse zu erhalten.

Die verwendete Lichtmenge ist so gering, dass die Erwärmung auch bei stundenlangem Arbeiten und empfindlichen Präparaten nicht in Betracht kommt.

2. Derselbe demonstriert einen Zeichenapparat für grosse Gesichtsfelder und Vergrösserung von 2—200, wie sie für Wachsrekonstruktionen und auch in der Hirnanatomie viel gebraucht werden. An einem meterhohen Eisenstativ ist oben eine kleine Bogenlampe angebracht, deren Kohlen senkrecht zu einander stehend das Licht direkt auf einen unter der Lampe angebrachten Kondensor fallen lassen. Unter diesem liegt ein grosser Mikroskoptisch mit Blenden etc. Von einem hier aufgelegten Präparat entwirft eine mit grobem und feinem

Triebe an der Stange bewegliche Lupe ein Bild auf dem Zeichenbrett, das innerhalb der weitesten Grenzen verschiedene Vergrösserungen gibt, je nachdem der Objekttisch von der Fussplatte entfernt ist oder je nachdem statt schwacher Lupen Mikroskopobjektive benutzt werden. Dieser Apparat wird gleichzeitig mit einem Kammeransatz zur Mikrophotographie geliefert werden. Er besitzt ausserdem Einrichtungen für Photographie im auffallenden Licht etc. und dürfte sich zu einem Universalapparat für das Laboratorium ausbilden lassen.

Beide Konstruktionen, 1 und 2, werden durch die Firma E. Leitz in Wetzlar, der die technische Ausarbeitung verdankt wird, in den Handel kommen.

Herr **Scheffen** demonstriert:

a) einen Fall von **Blasenmole mit gleichzeitiger zystischer Degeneration der Ovarien.** Beide Tumoren waren mannskopfgross. Vortragender bespricht kurz die Anschauungen über die Aetiologie der Blasenmole unter besonderer Berücksichtigung der luteinalen Theorie.

b) eine **Missbildung des Gehörorgans** bei einem totgeborenen Kinde einer Eklamptischen.

c) einen **Eisack,** der analog dem von v. Bardeleben in der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin (Zentralbl. f. Gynäk. 1906, No. 19) gezeigten Falle zwei an der vorderen und hinteren Wand des Uterus tief sitzende Plazenten aufweist. Die Nabelschnur inseriert velamentös am unteren Rande des einen Lappens. Die den anderen Lappen versorgenden Gefässe verlaufen über den unteren Eipol und begrenzen den zwischen ihnen befindlichen Eihautriss. Eine Verletzung der Gefässe hat nicht stattgefunden.

Herr **Ehrlich** berichtet sodann über die von ihm in Gemeinschaft mit Herrn **Apolant** angestellten **Untersuchungen und experimentellen Studien über den Mäusekrebs.**

Herr **Apolant** demonstriert seine hierher gehörigen **makro- und mikroskopischen Präparate.** (Beides ist unterdessen ausführlich anderenorts veröffentlicht worden. Vergl. hierzu auch den Bericht der Münch. med. Wochenschr. über die Krebskonferenz.)

Herr **M. Neisser** berichtet **über die Tätigkeit des Frankfurter Vereins zur Bekämpfung der Schwindsuchtsgefahr.**

Der Frankfurter Verein zur Bekämpfung der Schwindsuchtsgefahr, der sich erst seit einem Jahr von dem Provinzialverein als selbständiger Verein losgelöst hat, übergibt hiermit dem Aerztlichen Verein seinen ersten Jahresbericht. Die Tätigkeit des Vereins bietet für die Aerzte Frankfurts nach 2 Richtungen hin besonderes Interesse. Die Fürsorge- und Auskunftsstelle, der ein im Nebenamt angestellter Arzt vorsteht, und die ausser einer Bureauhilfe über einen erfahrenen Rechercheur verfügt, nimmt nur Fälle in Fürsorge, welche durch Ueberweisungsschein seitens des behandelnden Arztes überwiesen werden, ferner die aus der Heilstätte Ruppertshain Entlassenen. Eine Untersuchung der überwiesenen

Fälle findet in der Fürsorgestelle nicht statt. Im übrigen kommen die auch sonst in Fürsorgestellen üblichen Massnahmen in Anwendung. Die besondere Tätigkeit der Fürsorgestelle liegt in der Zentralisierung der an der Tuberkulosebekämpfung interessierten öffentlichen und privaten Faktoren.

Das Kinderheim in Soden dient zur Aufnahme erholungsbedürftiger Kinder aus tuberkulösen Familien während des Sommers und Winters. Kranke, d. h. behandlungsbedürftige Kinder werden zunächst nicht aufgenommen. Vorläufig findet ein 6 wöchentlicher Turnus statt.

Ausserordentliche Sitzung vom 25. Juni 1906.

Vorsitzender: Herr Emanuel Cohn.
Schriftführer: Herr Joseph Rosengart.

Herr Heyder erstattet einen Bericht über mehrere Punkte der neu zu schliessenden oder zu erneuernden **Verträge zwischen der Stadt und den künftigen Direktoren und Oberärzten an den städtischen Krankenanstalten.** Eingehender behandelt der Berichterstatter den Punkt dieser Verträge, der die Direktoren und Oberärzte verpflichtet, gegen ein Entgelt von nur Mk. 1 pro Tag die Patienten der 2. Verpflegungsklasse zu behandeln. Die bisherige Gepflogenheit war, dass diese Patienten, zumeist recht zahlungsfähige Leute aus der Stadt, aus der Umgebung und vom Lande, eine der Leistung entsprechende Rechnung des behandelnden Arztes neben der Verpflegungstaxe zu bezahlen hatten. Auf den ersten Blick könnte es ja wohl scheinen, als sei es Sache der Anstaltsärzte, zu welcher Taxe sie behandeln wollen. Durch einen solchen Satz würden aber nicht nur die frei praktizierenden Aerzte unterboten, sondern auch die vielen wohltätig in unserer Stadt wirkenden Privatanstalten für Krankenpflege (Kliniken, Schwesterhäuser u. dergl.) in ihrer Existenz bedroht. Ein Entgelt von Mk. 1 sei überdies standesunwürdig. Nach Beleuchtung einiger anderer Punkte der Neuorganisation der Direktoren- und Oberarztstellen meint der Vortragende, dass wir Aerzte in der ganzen Frage wieder einmal schlecht weggekommen seien, er befürchtet sogar, dass der ärztliche Verein zu spät daran sei, um noch etwas in dieser Angelegenheit zu erreichen.

Herr Vohsen kommt auf die Anstellungsbedingungen der Assistenzärzte zu sprechen. Im ganzen, so meint er, seien sie ja an unseren städtischen Anstalten günstig, aber noch nicht in allen Stücken. Um die Bedingungen den Statuten des Leipziger Verbands entsprechend zu gestalten, müsse die Unfallversicherung der Assistenzärzte verlangt werden.

Herr Baerwald nennt die Taxe der 2. Verpflegungsklasse und die ärztliche Remuneration eine illoyale Konkurrenz.

Herr Hirschberg kommt auf die Frage des Direktorialsystems zu sprechen.

Herr Heyder bemerkt hierzu, dass die Frage sehr schwer zu behandeln und eine noch offene sei.

Es wird beantragt und beschlossen, die Frage des Direktorialsystems nicht zu diskutieren.

Herr Richard Stern und Herr Hohenemser fragen, wie man die Pat. der 2. Verpflegungsklasse werde unterscheiden wollen? Ob solche nur in Zimmer zu zweien oder zu mehreren werden gelegt werden können? Oder werden auch für solche Patienten Zimmer 2. Klasse zur Verfügung gestellt werden, die allein liegen wollen oder sollen?

Herr Heyder erwidert, auch für Patienten der 2. Verpflegungsklasse müsse die Möglichkeit bestehen, allein gelegt zu werden, ja selbst für solche der 3. Klasse nach Operationen z. B. oder wenn sie moribund seien.

Herr Hübner meint, das Entscheidende solle sein, dass sich ein Patient mit noch einem zweiten Patienten zusammen in ein Zimmer legen lasse.

Herr Ernst Kahn bemängelt, dass in der Kinderstation nur 22 Betten für Säuglinge aufgestellt werden sollen.

Herr Sippel: Herrn Hübners Definition sei kein Kriterium für einen Patienten 2. Klasse. Besonders von auswärts kommen sehr viele Patienten zu uns, die bei grösster Wohlhabenheit es vorziehen, in Gesellschaft eines weiteren Patienten zu liegen.

Herr Mainzer frägt, wie die Stadt auf ihre Kosten kommen wolle, wenn sie von der Taxe von Mk. 4 für ein Bett 2. Klasse noch Mk. 1 pro Tag an den Direktor oder Oberarzt abführe, da sie ein Patient 3. Klase schon auf Mk. 3.97 zu stehen komme.

Herr Heyder: Für die 2. Klasse soll darum auch eine neue Taxe geschaffen werden.

Herr Hanau: Bei der ganzen Frage kommen drei Parteien in Betracht: die Direktoren, der ärztliche Verein und die — Steuerzahler.

Herr Baerwald beantragt folgende Resolution, die an die Direktoren, an die Oberärzte und an die Aerzte der Stadtverordnetenversammlung geschickt werden soll:

„Der ärztliche Verein hält die in die Verträge der Direktoren und der Oberärzte der städtischen Krankenanstalten aufgenommene Bestimmung, nach welcher diese für ein Entgelt von je Mk. 1 pro Tag Privatpatienten in der 2. Verpflegungsklasse zu behandeln haben, der Würde des ärztlichen Standes nicht entsprechend, er erblickt darin eine ernste Schädigung der Aerzte Frankfurts und befürchtet eine Gefährdung des Fortbestandes der hiesigen Krankenanstalten."

Nach einer längeren Geschäftsordnungs- und weiteren Debatte, an der sich die Herren Siegel, v. Wild, Em. Cohn, Hirschberg, Rich. Stern, Vohsen, Eiermann und Hanau beteiligen, stellt

Herr Hirschberg den Antrag, der ärztliche Verein wolle folgende Resolution beschliessen:

„Der ärztl. Verein bedauert, dass er in einer so wichtigen Frage, wie es die Organisation des städt. Krankenhauses ist, nicht gehört worden ist."

Herr Vohsen erklärt diese Resolution für rein akademisch.

Herr Th. Neubürger sagt, um eine Resolution, wie die Hirschbergsche zu ermöglichen, müsste unsere städtische Verfassung geändert werden.

Herr Hainebach wendet demgegenüber ein, dass doch in baulichen Fragen auch der Architekten- und Ingenieurverein von der Stadtverordnetenversammlung gehört und um Gutachten angegangen werde.

Herr Lehmann beantragt als Resolution:

„Der ärztl. Verein hält es für standesunwürdig, einen Vertrag, in dem Patienten der 2. Verpflegungsklasse in der angedeuteten Weise behandelt werden sollen, einzugehen."

Es wird hierauf abgestimmt und der Antrag Baerwald einstimmig angenommen. Der Antrag Hirschberg von der Versammlung abgelehnt.

Herr Lehmann zieht seinen Antrag zurück.

Ordentliche Sitzung vom 2. Juli 1906.

Vorsitzender: Herr Emanuel Cohn.
Schriftführer: Herr Joseph Rosengart.

Herr **Edinger** berichtet über das Ergebnis, welches die Untersuchung der **Sehnenreflexe** nach dem tags vorher abgelaufenen Wettgehen auf 100 Kilometer gehabt hat. An 12 am Vortage als normal konstatierten Läufern wurden nach der Ankunft die Reflexe durch Dr. Schilling geprüft. Sie waren bei einem ganz verschwunden, bei 8 sehr herabgesetzt und bei 3 nicht sicher verändert. Der Vortragende hält diese Untersuchungen zusammen mit denen, welche S. Auerbach bei Radrennen und Oekonomakis auf seine Veranlassung an den Marathonläufern angestellt hat. Auch hier wurde Ausfall öfter nachgewiesen, doch waren bei denjenigen Läufern in Athen, welche keinen absoluten Ausfall hatten, die Reflexe gesteigert, nicht wie hier herabgesetzt.

Derlei Untersuchungen sind wichtig, weil sie den Nachweis bringen, dass auch der Gesunde bei ganz abnormen Anstrengungen das Nervensystem bis zu gewissem Grade aufbrauchen kann. Nähere Mitteilungen werden später erfolgen.

Herr **Wislicenus** demonstriert pathologisch-anatom. **Präparate** aus dem Senckenbergschen Institut.

Herr **Flesch** berichtet im Anschluss an die letzte Demonstration über einen **Plazentarbefund mit Insertio velamentosa.** Sodann noch über eine **Angina Vincenti** eines Kindes degenerierter Eltern.

Herr **Brauer**-Marburg: **Für und wider den therapeutischen Pneumothorax.** An der Hand einer grösseren Anzahl von Röntgenbildern und Kurven.

Der Vortrag hat inzwischen eine ausführliche Bearbeitung erfahren (Rektoratsprogramm, Marburg 1906, Elwerts Buchhandlung, Marburg). Es sei auf diese Arbeit, welche die Krankengeschichten und eine grössere Anzahl von Röntgenbildern bringt, verwiesen.

Diskussion: Herr Flesch erwähnt hierbei eines Falles von plötzlich entstandenem Pneumothorax, der aseptisch verlaufen

ist. Das vorher beobachtete Fieber schwand. Es kam zu einem wasserklaren Exsudat, nach dessen Rückgang völlige Heilung erfolgt ist. Der Fall betraf einen Pat., der vorher langdauernde Hämoptoë gehabt hat. Herr Flesch frägt den Vortragenden, ob nicht auch durch Eingiessen von Flüssigkeit in den Pleuraraum sich Heilungen erzielen liessen?

Herr Brauer: Adolf Schmidt hat in der Tat zu diesem Zweck Oel eingegossen. Der Vortragende selbst Paraffinum liquidum. Aber auch Kochsalzlösung könnte versucht werden. Spengler habe Heilung nach Pneumothorax und Pleuritis beobachtet, die er dann nicht punktiert hatte.

Herr **S. Abraham** berichtet über 28 Fälle von **Massenerkrankung** nach dem Genuss von **Seehecht**, welche er im Sommer 1906 in Behandlung hatte. Es erkrankten 28 junge Leute im Alter von 18—30 Jahren, welche sämtlich am gleichen Pensionstische assen und nach ca. 18 Stunden nach dem Genusse des Fisches mit Fieber (bis zu 39°), Darmkoliken, leichten Diarrhöen und Uebelkeit erkrankten. Da der Verdacht auf Typhus auszuschliesen war, musste die Ursache der Erkrankung auf den Genuss einer Speise zurückgeführt werden. Durch eine sorgfältig vorgenommene Anamnese wurde A. auf den Fisch hingeführt, von welchem auch noch ein zurückgebliebenes Stück vorgeführt werden konnte. Auf den ersten Blick machte dasselbe einen durchaus tadellosen guten Eindruck, sowohl hinsichtlich der Farbe, Geruch und Geschmack. Es wurde zunächst chemisch untersucht auf Ptomain und Metallgifte, wobei der Befund negativ war. Hingegen klärte die bakteriologische Untersuchung des Fischfleisches den ursächlichen Zusammenhang nach jeder Richtung hin vollkommen auf. Herr Prof. Neisser welcher im hiesigen Institut für experimentelle Therapie das Stück des Fisches untersuchte, fand in demselben Bazillen, die in die Gruppe der Paratyphusbazillen, resp. der Fleischvergiftungsbazillen gehören. Speziell musste man diese in den Typus der Bazillen der Epidemie Aertryck einreihen. Die gefundenen Bazillen waren kurz ovoid, färbten sich ähnlich denen der Schweineseuche, färbten sich nicht nach Gram, waren beweglich wie Typhusbazillen und hatten Geisseln; sie bildeten polymorphe Kolonien, bildeten kein Indol, machten Milch nicht gerinnen, vergährten unter Gasbildung Traubenzucker, trübten Bouillon, wuchsen ohne Farbe in Lackmusmolke. Sie waren virulenter als Kolibakterien; ihre Toxine waren gegen hohe Temperaturen sehr widerstandsfähig. Die geimpften Mäuse erkrankten und starben. Die serodiagnostische Untersuchung des Blutes einer Anzahl der Patienten war positiv. In den Stühlen der Erkrankten konnten keine Bazillen gefunden werden. Diazoreaktion

des Harns fiel negativ aus. Der ursächliche Zusammenhang der Erkrankung mit dem Genusse des Seehechtfleisches war somit vollkommen erbracht. Es muss daher angenommen werden, dass der Fisch sich in vivo mit den Bazillen infiziert hatte, diese in das Fleisch eindrangen, nach dessen Genuss die Erkrankung erfolgte. Es handelte sich somit nicht um eine Fischvergiftung, sondern um die Kategorie derjenigen Krankheiten, welche nach dem Genusse eines zwar nicht durch Fäulnis verdorbenen Fleisches, sondern eines solchen durch Erkrankung der Tiere hervorgerufen wird. Im Einklang hiermit steht auch die Tatsache, dass der Seehecht ein sehr gefrässiges Tier ist, welches sich mit Vorliebe an Kloakenmündungen, schmutzigen Wasserstellen aufhält und im Meere auch Kadaver frisst. Eine Infektion seines Körpers ist hiermit leicht geschaffen.

Bezüglich des Krankheitsverlaufes war bei sämtlichen Personen der Ausgang ein günstiger. Nach 2—3 Tagen schwand das Fieber, die Koliken hörten auf, die Stühle waren konsistenter und nicht mehr diarrhoisch. Nach 8 Tagen waren alle wieder gesund und konnten in den darauffolgenden Tagen ihrem Berufe nachgehen.

Diskussion: Herr Roth, Herr v. Wild, Herr Siegel.

Herr **Julius Friedländer** berichtet über einen Fall von **traumatischen Tetanus,** den er und Dr. Boerner in Flörsheim a. M. mit Behrings neuem Tetanusantitoxin behandelt haben. Es handelte sich um einen 25 jährigen, ausserordentlich kräftigen Landwirth, dessen Tetanusinfektion von einer gänzlich vergessenen und vernachlässigten kleinen Risswunde am linken Fusse herrührte. Nach 10 tägiger Inkubationszeit waren die ersten Prodromalsymptome aufgetreten; 3 Tage später, als der sich sehr langsam entwickelnde Tetanus unzweifelhaft war, wurde sofort die vorgeschriebene Dosis von 100 Antitoxineinheiten am linken Unterschenkel unter antiseptischem Kautelen subkutan eingespritzt. Unmittelbar nach der um ½3 Uhr nachm. gemachten Injektion traten stürmische allgemeine Konvulsionen auf, die auch auf die zuvor freigebliebenen Respirationsmuskeln übergriffen, 2 Minuten vor 3 Uhr stellte sich Asphyxie und Bewusstlosigkeit und um 3 Uhr nachm. der Exitus letalis ein. — Der Fall hat jedenfalls für die Unschädlichkeit des Antitoxins keinen Beweis geliefert.

Ausserordentliche Sitzung vom 5. Juli 1906.

Vorsitzender: Herr Emanuel Cohn, später Herr Altschul. Schriftführer: Herr Joseph Rosengart.

Der Herr Vorsitzende verliest ein Schreiben der Aerzte der städtischen Krankenhausanstalten, worin sie mitteilen, dass sie das Schreiben des ärztlichen Vereins, in dem ihnen die Resolution Baerwald (vergl. Sitzung vom 25. Juni) mitgeteilt wird, Herrn Stadtrat Lautenschlager übergeben haben. Der Herr Vorsitzende teilt mit, dass er dasselbe Schreiben bereits auch Herrn Prof. Lüthje nach Erlangen gesandt habe.

Herr Eiermann berichtet sodann über die Tagung des Leipziger Verbands in Halle a. S. Er hebt das erfreulicherweise rasche und stete Steigen der Zahl der Mitglieder hervor. Die Tagung war vor allem mit der Knappschafts- und Bahnarztfrage befasst, die eine viel grössere Bedeutung habe, als wir sie hier bisher geschätzt haben. Er erwähnt eines vertraulichen Schreibens, in dem das Eisenbahnministerium fast direkt die Bahnärzte zum Austritt aus dem wirtschaftlichen Verband auffordert, und das dem Vorsitzenden des Verbands kurz vor der Tagung zur Kenntnis gelangt ist. Unter dem Eindruck seiner Mitteilung verlief die Versammlung sehr angeregt und in Kampfstimmung der zum grossen Teil aus den Kreisen der jüngeren Aerzte gewählten Delegiertenversammlung.

Herr **Altschul** übernimmt hierauf den Vorsitz und Herr **Em. Cohn** berichtet über den **Aerztetag in Halle a. S.:** Es sind die Pfeifferschen Thesen nach einem Referat ihres Autors beraten worden. Zu einem Ende ist man jedoch nicht gelangt, vielmehr wurden die Thesen nochmals an den Ausschuss zur weiteren Bearbeitung für den nächsten Aerztetag zurückverwiesen. In allen Reden kam der Wunsch zum Ausdruck, den auch der bei uns diskutierte Antrag Fridberg zum Inhalt hatte.*)

*) Der Antrag Fridberg lautete: „Der deutsche Aerztetag hält es für dringend erforderlich, dass frei gewählten Vertretern der Aerzteschaft bei den in Aussicht genommenen wichtigen Aenderungen der Arbeiterversicherungsgesetze auch schon in den Vorbereitungsstadien, entsprechend den bedeutsamen Interessen der Aerzte Gelegenheit gegeben werde, an deren Ausgestaltung mitzuarbeiten." (Anmerkung bei der Redaktion.)

Dieser Antrag konnte bekanntlich aus rein formalen Gründen beim Aerztetag nicht eingebracht und vertreten werden. Der Aerztetag war aber darüber einig, dass die Regierung die Aerzte schon in einem frühen Stadium der Entwicklung der Umgestaltung der Arbeiterversicherung anhören sollte.

Es wurde noch über die Mittelstandskassen und die Schularztfrage verhandelt und ein Vorschlag über die Verwendung von Kandidaten in anno practico als Vertreter für Aerzte auf dem Lande eingebracht.

Der Referent hebt hervor, dass die Debatte sehr lebhaft war und es fast nur mehr für solche Delegierte möglich sei zu Wort zu kommen, die einen Antrag eingebracht haben. —

Hierauf spricht Herr **Fulda** über die Weltsprache **Esperanto** und die Vorteile ihrer Verwendung im internationalen wissenschaftlichen Verkehr und bei Kongressen.

Herr **Günzburg** trägt seinen Antrag über die **Zulassung von Mitgliedern des ärztlichen Vereins und des Ausschusses für Standesfragen insbesondere zu den Sitzungen des Verbandes für freie Arztwahl** vor.

Herr Eiermann erwidert.

Da ein formeller Antrag nicht eingereicht war, wurde nicht abgestimmt, und die Frage dem Vorstand des Aerzteverbands, der anwesend ist, zur Kenntnis gegeben.

Ordentliche Sitzung vom 20. August 1906.

Vorsitzender: Herr E. Cohn.
Schriftführer: Herr Seligmann.

Der Vorsitzende berichtet über eine gemeinsame Sitzung von Vertretern der Vorstände des ärztlichen Vereins, des Aerzteverbandes für freie Arztwahl und der Kgl. Eisenbahndirektion auf Einladung der letzteren. In dieser Sitzung wurden die Modalitäten für eine eventuelle Einführung der freien Arztwahl bei den Eisenbahnbetriebskrankenkassen festgesetzt.

Es folgen **Demonstrationen** der Herren: **Herxheimer, Bolt, Kohnstamm, Wolfstein, Eiermann, Levinsohn** und **Lilienfeld.**

Es folgen Demonstrationen:

Herr **Herxheimer: Fälle von Mykosis fungoides, Urticaria pigmentosa.** Der Vortragende ladet hierauf zur Besichtigung eines **Leprafalles** im städtischen Krankenhause ein.

Herr **Bolt:** Demonstrationen aus dem pathologischen Institut der Senckenbergschen Stiftung.

1. **Diphtheritische Entzündung der oberen Dickdarmschleimhaut bei Urämie.**

2. **Karies des 1. und 2. Lendenwirbels. Chronische tuberkulöse Entzündung der Duraaussenfläche. Kompressionsmyelitis des Lendenmarks.**

3. **Ulzerierendes Rektumkarzinom direkt oberhalb des Anus. Karzinomatöse Infiltration des Beckenbindegewebes und des prävertebralen Bindegewebes. Karzinomatöse Durchwachsung und Verschluss der Vena cava inferior dicht oberhalb der Teilungsstelle.**

4. **Fall von myeloider Leukämie** bei 30 jähr Mann. **Leukämische Symptome in beiden Nieren. Chronischer hyperplastischer Milztumor.** (1200 g.)

5. **Lymphosarkom der Halslymphdrüsen, der Achseldrüsen und der Drüsen des vorderen Mediastinums. Durchbruch eines vorderen Mediastinaltumors in die Vena anonyma. Lungenmetastasen.**

6. **Lymphosarkom der retroperitonealen Drüsen. Durchwucherung des Pankreas durch Tumormassen.**

7. **Lymphosarkom des vorderen Mediastinums. Kompressionsmetastase der rechten Lunge.**

Herr **Kohnstamm**-Königstein und Herr **Wolfstein**-Cincinnati demonstrierten **Nisselpräparate von Kaninchen,** in denen nach Rekurrensdurchschneidung der Nucleus ambiguus sich in Nissel-degeneration befindet. Es ist also dieser und nicht der dorsale Vaguskern, wie v. Gehuchten angab, der motorische Kehlkopfkern (vergl. Journ. f. Psychol. u. Neurol. 1906).

Herr **Eiermann: Myoma uteri.**

Herr **Levinsohn: Ein mit Tuberkulin geheilter Fall von Lungentuberkulose.**

Herr **Lilienfeld: Doppelseitige Lumbalhernie.**

Herr **Siegel: Blinddarmentzündung und Darmkatarrh.** In den letzten Jahren haben viele Autoren den Darmkatarrh als wichtigste und häufigste Ursache der Appendizitis beschuldigt, so Boas und Karewski, welcher jede Enterokolitis deswegen als eine ernste Erkrankung aufgefasst wissen will. Vortragender kann sich dieser Ansicht in so weitgehendem Masse nicht anschliessen.

Wäre die Enterokolitis die häufigste und gewöhnliche Ursache der Appendizitis, so müsste das Säuglingsalter am meisten Appendizitisanfälle aufweisen, während es nahezu immun gegen diese Krankheit ist. Ferner verfügt S. über keinen Fall, wo mit Sicherheit eine Appendizitis bei Colica mucosa oder chronischer Enterokolitis aufgetreten wäre. Freilich ist bei diesen Krankheiten der Ausschluss einer Wurmfortsatzerkrankung nicht immer leicht, wenn die Gegend des MacBurneyschen Punktes intensiver schmerzhaft ist. Bei längerer Beobachtung solcher Fälle wird man aber immer finden, dass bei den Patienten ein häufiger Wechsel in Lokalität und Intensität der Schmerzempfindlichkeit besteht. Auch bestätigen viele Autoren, wie Korach, Dieulafoy, dass man bei diesen Typhlokolitiden den Wurmfortsatz stets gesund gefunden habe, falls man eine in ihrem Erfolge nutzlose Operation ausgeführt hatte. Nie hat Vortragender im Verlaufe einer Colitis mucosa oder irgend einer Form des chronischen Darmkatarrhes eine Perforation oder Gangrän des Wurmfortsatzes gesehen, die zur Operation genötigt hätte. Und doch sollte man bei dem behaupteten Zusammenhang beider Leiden gerade auch die schwereren Fälle von Appendizitis erwarten. Auf die genaue Aufnahme der Anamnese wurde bei den Fällen ein grosses Gewicht gelegt. Im Gegensatz zu anderen hat S. in der überaus grossen Mehrzahl aller Fälle von akuter Appendizitis konstatieren können, dass die Darmtätigkeit vor dem Anfall gut geregelt und weder Obstipation, noch Diarrhöe vorhanden war. Es ist auch nicht angängig, in solchen Fällen

mangelnde Selbstbeobachtung oder eine latente Kolitis anzunehmen.

Weiterhin bespricht Vortragender die zahlreichen Beschwerden, die irrtümlich zur Annahme eines Zusammenhanges von Appendizitis und Darmkatarrh geführt haben. Bei der chronischen und larvierten Form sind vornehmlich die durch falsche Projektion in eine der Appendix ferngelegene Gegend verlegten Beschwerden daran schuld. Aber auch bei der akuten Wurmfortsatzerkrankung kommt es heute noch nicht zu selten vor, dass aus gleichem Grund eine Perforation tagelang als Darmkatarrh angesehen und behandelt wird.

S. schliesst natürlich die Enterokolitis als Ursache der Appendizitis keineswegs aus. Aber im Verhältnis zu der Häufigkeit der Appendizitis ist diese Aetiologie selten. Am meisten hat er das Zusammentreffen beider Krankheiten bei Kindern beobachtet und es handelte sich dann gewöhnlich um die ernstesten Fälle, die auch nach dem chirurgischen Eingriff mit zahlreichen Komplikationen verlaufen sind. Im Gefolge der Perforationsappendizitis und Peritonitis sind septische Enterokolitiden nicht selten.

S. glaubt, dass in der anatomischen Eigenart des Wurmfortsatzes die Hauptursache der Appendizitis zu finden sei und dass sich durch diese die familiäre Disposition und das häufige Auftreten der Krankheit nach Infektionskrankheiten genügend erklären lasse.

Diskussion: Herr Brodnitz: Auch ich kann aus meinem Material anamnestisch einen direkten Zusammenhang zwischen Darmkatarrh und Blinddarmentzündung nicht konstatieren; wenn ich nachprüfe, wie sich die akuten Fälle, welche zur Operation kamen, auf die einzelnen Monate verteilten, so kann ich nicht konstatieren, dass die Sommermonate, in welchen die Darmkatarrhe sich häufen, von einer Häufung der akuten Blinddarmerkrankungen begleitet sind.

Wenn ich jedoch zwischen warmer und kalter Jahreszeit unterscheide und dementsprechend das Jahr in drei Abschnitte zerlege, so ist es auffallend, dass in den Monaten I—IV und IX—XII dreifach so viel Blinddarmentzündungen zur Operation kamen als in den Monaten V—VIII. Also in den Monaten, in welchen Erkrankungen des Respirationstraktus vorwiegen, häuften sich auch die Fälle von Blinddarmerkrankungen.

Dieses würde in Einklang zu bringen sein mit der Anschauung, dass die Anginen und die Appendixerkrankungen in einem gewissen Zusammenhange zu stehen scheinen. Auch könnte darin vielleicht eine Erklärung zu finden sein für das zeitweilig geradezu epidemische Auftreten dieser Erkrankung.

Eine akute Appendizitis, welche nach der Art ihres Auftretens zu einem chirurgischen Eingriffe drängt, befällt jedoch für gewöhnlich nur eine Appendix, welche prädisponiert ist. Diese Disposition ist entweder erworben und zeigt sich am Präparat in Strikturen,

welche die Entleerung des Appendixinhaltes erschweren, oder ist angeboren. Dass für viele Fälle eine angeborene Disposition besteht, ist für mich zweifellos; denn unter über 300 Fällen meines Materials konnte ich in etwa 30 Proz. anamnestisch feststellen, dass in derselben Familie Blinddarmentzündungen schon beobachtet worden sind. Worin diese angeborene Disposition besteht, ist noch nicht absolut sicher festgestellt; ich habe jedoch in einer grossen Anzahl dieser Fälle ein abnorm kurzes, segelartig straff gespanntes Mesenteriolum konstatieren können, das für gewöhnlich den peripheren Teil der abnorm langen Appendix unversorgt lässt. In diesen anatomischen Verhältnissen liegt eine Disposition zur Knickung, da die in ihrer Beweglichkeit beschränkte lange Appendix ihre Inhalt nur schwer entleeren kann.

Herr Siegel (Schlusswort): Herr Brodnitz hat erwähnt, dass nach seiner Erfahrung bestimmte Monate eine besonders grosse Zahl von Appendizitisfällen aufweisen, und zwar die der kühleren Jahreszeit. Diese Anschauung sei durch eine grosse und umfangreiche Statistik eines Petersburger Arztes wiederlegt, der das gesamte Material der Petersburger Krankenhäuser zusammengestellt habe. Danach sei das Auftreten der Erkrankungsfälle regellos und ohne den geringsten Zusammenhang mit Infektionskrankheiten usw. Das erwähnte, auch vom Vortragenden beobachtete häufigere Auftreten der Appendizitis in einzelnen Familien erkläre sich auch aus der im Vortrag zitierten anatomischen Disposition. Es sei leicht verständlich, dass sich eine besonders ungünstige Gestaltung und Form des Wurmfortsatzes vererbe. Dass die Appendix häufig bei Darmkatarrhen mitbetroffen sei, sei ja nicht unwahrscheinlich, ein sicherer Beweis sei aber nicht dafür erbracht. Dagegen spräche z. B., dass man den Wurmfortsatz stets gesund gefunden habe, wenn man bei irrtümlicher Diagnose im Verlauf der chronischen Kolitiden operiert habe.

Ordentliche Sitzung vom 3. September 1906.

Vorsitzender: Herr Cohn.
Schriftführer: Herr Seligmann.

Demonstrationen:

Herr **Wislicenus: Demonstrationen** aus dem pathologischen Institut der Senckenbergschen Stiftung.

Herr **H. Seligmann** demonstriert mikroskopische Präparate, **Felsenbeindurchschnitte am Epidiaskop.** Nach Vorzeigung von Uebersichtsschnitten zur Orientierung folgen Präparate von Akustikusatrophie, Stapesankylose, chronischer Mittelohreiterung, und zwar Schleimhauteiterung in verschiedenen Stadien der Narbenbildung an den Fenstern. Desgleichen Tuberkulose der Paukenhöhle mit Befallensein des ovalen und runden Fensters. Gemeinsam ist allen diesen Affektionen der funktionelle Symptomenkomplex der chronischen progressiven Schwerhörigkeit.

Diskussion: Herr Vohsen: Die Geleitworte des Herrn Seligmann zu seinen schönen Präparaten geben Veranlassung zu einigen Bemerkungen. Dem nicht Orientierten könnte es so erscheinen, als ob die Fortschritte der mikroskopischen Untersuchung der Ohren Schwerhöriger lediglich das von dem Redner hervorgehobene Einteilungsprinzip bestätigt hätten. Unter den Präparaten fehlt aber gerade die Repräsentation der so häufigen Form von Schwerhörigkeit, die wir Sklerose nennen und in deren Abgrenzung von der vorgezeigten Form von progressiv nervöser Schwerhörigkeit und der aus Mittelohrerkrankungen herstammenden Stapesankylose eine der wichtigsten Erkenntnisse ist, die wir der mikroskopischen Untersuchung verdanken. Diese Form von Sklerose oder Spongiosierung der Labyrinthkapsel, deren Kenntnis wir in erster Linie Politzer und Siebenmann verdanken, zeichnet sich dadurch aus, dass wir disseminierte Spongiosierungsherde in der Labyrinthkapsel finden ohne Veränderungen im mittleren Ohr, die mit ihnen in ursächliche Verbindung gebracht werden können. Diese häufige Form von Schwerhörigkeit hat in jüngster Zeit Körner Veranlassung gegeben, sie wegen ihres eigentümlichen ätiologisch unklaren Charakters in Verbindung mit ihrer oft nachgewiesenen Heredität aus der Reihe der Krankheiten zu streichen, unter die postembryonalen Wachstumsvorgänge einzureihen und zu empfehlen, bei der Ohnmacht unserer Therapie, ihren Trägern das Heiraten zu ver-

bieten — eine sicher zu weitgehende Anschauung, die auch schon ihre eingehende kritische Widerlegung durch Hammerschlag gefunden hat.

Herr **Rosenhaupt** demonstriert ein **Leistenbruchband.**

Herr **Emanuel** demonstriert einen Fall von **Lidemphysem,** der im Anschluss an starkes Schneuzen entstanden war.

Herr **Benario: Fall von Herpes zoster frontalis.**

Herr **Sippel** demonstriert **6 in letzter Zeit exstirpierte Uteri.**

1. 27 jährige Frau. Geburt vor 6 und 4 Jahren, beidemal Placenta praevia. Seit der letzten Geburt sehr profuse und sehr lang dauernde Menses. 2 malige Ausschabung. Ständige Zunahme der Blutungen: Hochgradigste Anämie. Vaginale Totalexstirpation ex indicatione vitalis. Erhalten der Ovarien. Heilung. Befund am Uterus negativ.

2. 35 jährige II. Para. Profuse und protrahierte Menses, Retroversio uteri. Sonst Befund negativ. Ausschabung von rasch vorübergehendem Erfolg. ½ Jahr später auswärts zweite Ausschabung und Fixation des Uterus nach Menge. Seither Schmerzen vor, während und nach der Periode. Blutungen werden fortgesetzt stärker und anhaltender. Vollkommene Erwerbsunfähigkeit. Hochgradige Anämie. Supravaginale Amputation. Der Uterus durch die aufgenähten Ligamente gut nach vorn gehalten. Der Bandapparat aber stark gespannt und hypertrophisch.

3. 37 jährige II. Para. Sehr profuse menstruelle Blutungen. Hochgradigste Anämie. Uterus metritisch verdickt. Doppelseitige stark verwachsene Adnextumoren. Operation ex indicatione vitalis. Ventrale Totalexstirpation im Zusammenhang mit den Adnexen. Doppelseitiger Pyosalpinx. Abszess zwischen Tube, Blase und Uterus. Abschluss der Bauchhöhle nach unten. Drainage der Wunde im Beckenbindegewebe nach der Scheide, der Bauchhöhle nach oben.

4. 40 jährige III. Para. Sehr profuse Menses. Kleines submuköses ödematöses Myom im Fundus; zweites kleines submuköses Myom im unteren Teil des Kavum. Vaginale Totalexstirpation.

5. 35 jährige I. Para. Vor ¼ Jahr Partus, spontan. Manuelle Entfernung der Plazenta. Dieselbe wurde durch ein nach dem Kavum prominentes Myom zurückgehalten. Reaktionsloses Wochenbett. Erste Menstruation sehr stark, zweite Menstruation brachte Verblutungsgefahr. Ventrale Operation, um eventuell konservativ zu verfahren. Multiple Myomkeime zwingen zur radikalen Operation. Supravaginale Amputation. Das nach dem Kavum prominente submuköse Myom ist nekrotisch.

6. 58 jährige Virgo. Seit 2 Jahren Klimax. In letzter Zeit ab und zu geringe Blutung. Vorzügliches Allgemeinbefinden. Myomatöser Uterus. Sehr fortgeschrittenes Carcinoma papillare der Mucosa corporis. Vaginale Totalexstirpation, wegen der Grösse und Brüchigkeit des Uterus nur mit Schuchardtschem Schnitt und medianer Spaltung des Uterus auszuführen.

In sämtlichen Fällen erfolgte reaktionslose Heilung. Die Aetiologie der Blutung im Falle 1 und 2 ist unaufgeklärt. Man hat Mukosa, Muskularis, Zwischengewebe, elastisches Gewebe und Gefässe in diesen Fällen auf Veränderungen untersucht, jedoch keinen konstanten Befund nachweisen können. Vielleicht kann Fall 3 nach dieser Richtung aufklärend wirken, bei welchem die schweren Blutungen durch Adnexerkrankung hervorgerufen wurden. Es ist nicht unmöglich, dass die Ursache der starken menstruellen Blutungen im Ovarium liegt, wie man ja auch bei den profusen Menses junger Mädchen einen abnorm starken ovariellen Reiz ätiologisch beschuldigt hat. Sicher handelt es sich nicht um Hämophilie. (Vaporisation wurde abgelehnt, weil man nicht absolut sicheren Erfolg versprechen konnte.)

Fall 5 illustriert das Auftreten der Nekrose des Myoms im Anschluss an ein Wochenbett, worauf schon von Winter hingewiesen wurde. Sippel hat vor einem Jahr einen gleichen 2. Fall operiert. Die Nekrose erfolgt durch Anämisierung. Das Myom muss vor der Schwangerschaft interstitiell gelegen haben. Durch die Ausdehnung des wachsenden Uterus wurden die das Myom nach dem Kavum hin deckenden Muskelfasern seitlich verdrängt. Bei der Kontraktion des Uterus durch die Geburt fand dann das Myom keinen Gegendruck mehr von der Seite des Kavums und wurde nach demselben herausgedrängt. Interessant ist, dass in sämtlichen 6 Fällen Blutungen die Kranken zum Arzt führten, dass in 5 Fällen nur die Blutungen zur Operation nötigten, und dass in jedem dieser 6 Fälle ein anderes Krankheitsbild der Blutung zu Grunde lag.

Ausserordentliche Sitzung vom 10. Sept. 1906.

Vorsitzender: Herr E. Cohn.
Schriftführer: Herr Seligmann.

Der Vorsitzende berichtet in anerkennenden Worten über die Einweihung und Einrichtung des Speyerhauses, der er auf Einladung beiwohnte; ferner über eine Sitzung in Betreff der Fortbildungskurse in Gegenwart des Oberbürgermeisters.

Es beginnt sodann die Besprechung eines auf Antrag von 20 Mitgliedern den Gegenstand der heutigen Sitzung bildenden Antrags. Zum Beschluss wird folgende Resolution erhoben, und deren Einsendung nebst den beigelegten Motiven an das Bureau der Stadtverordneten, die Anstaltsdeputation und den Stadtarzt beschlossen.

Resolution.

Wir beehren uns ganz ergebenst mitzuteilen, dass der ärztliche Verein in seiner Sitzung vom 10. ds. beschlossen hat, folgende Resolution an das Bureau der Stadtverordneten zu richten:

Der ärztliche Verein hält in der von der Anstaltsdeputation vorgeschlagenen Neuregelung der Aufnahmebedingungen der Patienten 2. Klasse in das Städtische Krankenhaus seine früher gemachten Einwände nicht für erledigt. Er glaubt vielmehr die Interessen der Kranken, der Stadt, der Aerzte und der hiesigen Krankenanstalten genügend gewahrt, wenn die hiesigen Patienten 2. Klasse ein Honorar von der Höhe der Mindestsätze, die auswärtigen Patienten 2. Klasse ein Honorar innerhalb der unteren Hälfte der Sätze der preussischen Medizinaltaxe an die behandelnden Aerzte zahlen.

Wir beehren uns ganz ergebenst, die der Resolution zu grunde liegenden Motive beizufügen.

Motive.

Wir erkennen gern an, dass die städtischen Behörden die den Herren Chefärzten zugegangene Aeusserung des ärztlichen Vereins berücksichtigt und sie zu erfüllen versucht haben, indem sie den behandelnden Aerzten ein höheres Gehalt bewilligten, glauben aber nach sorgsamer Erwägung, nur auf die Erfahrungen der ärztlichen Praxis uns stützend, dass durch diese Massnahmen unsere vorgebrachten Beschwerden nicht ganz erledigt werden.

Der ärztliche Verein hat Verständnis dafür, dass für Kranke der Mittelstände Aufnahmebedingungen geschaffen werden, die ihnen zu einem mässigen, ihren Verhältnissen angepassten Preise eine sorgsame Behandlung ihrer Leiden ermöglichen. Durch die vorgeschlagenen Massnahmen indes wird dieser Zweck nicht in einer Missbräuche ausschliessenden Weise erreicht. In erster Linie werden die finanziellen Verhältnisse des Krankenhauses selber benachteiligt. Es ist mit Sicherheit anzunehmen, dass nach Inkrafttreten des genannten

Verpflegungssatzes und mit der Erweiterung der städtischen Krankenanstalten ein grosser Teil in besseren Vermögensverhältnissen stehender Kranker, die bisher die 1. Klasse aufgesucht haben, nunmehr in die 2. sich werden aufnehmen lassen. Unzweifelhaft wird an diesen geringen Verpflegungs- und Behandlungskosten sich ein grosser Teil von Hilfesuchenden beteiligen, deren Verhältnisse die Verwendung öffentlicher Mittel zu ihren Gunsten nicht rechtfertigen. Nachweisslich nach den Erfahrungen des hiesigen Krankenhauses und anderer hiesiger Krankenanstalten entspricht der Satz von 4, bezw. 5 Mk. nicht den Selbstkosten der Krankenhäuser pro Kopf. Die zunehmende Frequenz der 2. Verpflegungsklasse wird diese in Betracht der Mehrausgaben seitens der Stadt wesentlich erhöhen und die Einnahmen aus der allein rentierenden 1. Klasse verringern.

2. Werden die Privatkrankenanstalten der hiesigen Stadt, wie rotes Kreuz, Vaterländischer Frauenverein, Bethanienverein u. a., durch die geplanten Massnahmen gefährdet. Diese Krankenanstalten entsprechen einem öffentlichen Bedürfnis durch ihre zentrale Lage und durch die Notwendigkeit spezialistischer Behandlung, und haben ihre Berechtigung durch ihre Leistungen in jahrzehntelanger Wirksamkeit in vollem Masse bewiesen. Finanziell sind sie nicht in der Lage, ihre Kranken zu dem Behandlungssatze von 5—6 Mk. aufzunehmen, in welchem noch freie ärztliche Behandlung eingeschlossen ist. Dies würde einen Rückgang dieser Anstalten unfehlbar zur Folge haben, und eine ernste Bedrohung ihrer Existenz bedeuten. Mit diesem Interesse der Krankenanstalten geht Hand in Hand das Interesse derjenigen Aerzte, die daselbst ihre Kliniken errichtet haben, sowie sämtlicher Aerzte der hiesigen Stadt, die das Recht haben, ihre Kranken in die Anstalten einzuweisen und sie daselbst zu behandeln. Mit dem Hinüberfluten der Kranken in die mit kostenloser Behandlung verbundene billige Verpflegungsklasse der städtischen Krankenanstalten wird die ärztliche Tätigkeit an sämtlichen hiesigen Krankenanstalten empfindlich geschädigt.

Unseren Ausführungen liegen lediglich die Verhältnisse der städtischen Krankenhäuser zu Grunde. Dankbar erkennen wir an, dass für die Irrenanstalt eine grosse Zahl von Plätzen der 2. Klasse vorhanden sind, die bei dem chronischen, lange Jahre dauernden Wesen der Geisteskrankheiten eine lange dauernde Pflege in der Anstalt gestatten und gestatten müssen. Da die Stadt selbst durch ihre Vorschläge das Recht der Chefärzte auf Honorar bei den Patienten der 2. und 1. Verpflegungsklasse anerkennt, so gestatten wir uns in Konsequenz unserer Ausführungen für die hiesigen Patienten die Anwendung der Minimaltaxe, für die auswärtigen die der unteren Hälfte der Sätze der Preussischen Gebührenordnung vorzuschlagen.

Dabei finden wir es gerechtfertigt, dass für den Verpflegungssatz der Selbstkostenpreis in Anrechnung kommt. Die Erfahrungen anderer Städte mit dem von dem Magistrat hierorts vorgeschlagenen Modus der Verpflegung und Behandlung der 2. Verpflegungsklasse sind teils noch nicht abgeschlossen, teils sehr zweifelhaft, und für die hiesigen durch die Entwicklung der sanitären Verhältnisse bedingten Verhältnisse im Aerztestande nicht in Vergleich zu ziehen.

Mit unseren Vorschlägen glauben wir das Interesse aller beteiligten Faktoren, das der Stadt, der Kranken und der Aerzte, in gleicher Weise gewahrt zu haben.

Ordentliche Sitzung vom 17. September 1906.

Vorsitzender: Herr E. Cohn.
Schriftführer: Herr Seligmann.

Der Verein beschliesst, Resolution und Motive, wie sie am 10. ds. beschlossen wurden, an die Redaktion der Münchener med. Wochenschrift einzusenden und ersucht um Abdruck in dem Sitzungsbericht.

Demonstrationen:

Herr **Nötzel: Extradurales Hämatom und Hämorrhagie im linken Schläfenlappen nach Steinwurfverletzung, Heilung durch Trepanation.**

Erst 5 Tage nach der Verletzung, Steinwurf (Pflasterstein) gegen die linke Schläfe, traten plötzlich Bewusstlosigkeit und Krämpfe ein, nachdem vorher gar keine Symptome bestanden hatten. Vortr. hat den 28 jährigen Mann am 6. Tage nach der Verletzung wegen der hochgradigen, sehr rasch aufeinanderfolgenden Krampfanfälle trepaniert. Es fand sich ein nicht sehr grosses extradurales Hämatom. Nach der Oeffnung der sehr gespannten Dura floss reichlicher Liquor ab, und es zeigte sich ein 10 pfennigstückgrosser hämorrhagischer Herd der Hirnrinde, der Zentralfurche entsprechend ganz oberflächlich. Da dieser Befund die ausserordentlich heftigen Anfälle nicht vollkommen zu erklären schien und da von verschiedenen zuverlässigen Beobachtern angeblich der erste Beginn der Krämpfe sowohl im rechten wie im linken Fazialisgebiet beobachtet war, wurde auch links trepaniert. Hier fanden sich normale Verhältnisse. Bereits am Abend des Operationstages war der Operierte bei vollem Bewusstsein. Es trat kein Krampfanfall mehr auf. Rascher ausserordentlich glatter Heilungsverlauf. Es sind gar keine Folgen zurückgeblieben.

Vortr. empfiehlt in allen bezüglich der Seite der Hirnaffektion unklaren Fällen ruhig die doppelseitige Trepanation zu riskieren. Die Trepanation mit der Sudeckschen Fraise ist ein so rasch sich abspielender und so geringer Eingriff und die knöcherne Verheilung der Knochenwunde tritt so rasch und so ideal lineär darnach auf, dass man den Eingriff sowohl für den Moment wie bezüglich der Folgen für vollkommen unschädlich und irrelevant erklären darf. Im vorliegenden Fall waren nach Ansicht des Vortr. die schweren Erscheinungen durch das Zusammenwirken des an sich geringen extraduralen Hämatoms und der ebenfalls geringen Hirnrindenquetschung zustande gekommen unter Vermehrung des Liquor cerebrospinalis.

Herr **Nötzel: Schädelverletzung, wahrscheinlich Schädelbasisfraktur, mit doppelseitiger Taubheit.**

Der 11 jährige Knabe hatte am 29. Juli ds. Js. einen Huftritt (Streiftritt) auf die linke Kopfseite von einem vor einem Hindernis

ausbrechenden Pferde erhalten. Er war dann über 24 Stunden lang bewusstlos. Es bestand Blutung aus der Nase und aus dem rechten Ohr. Nach Schwinden der Bewusstlosigkeit zeigte sich, dass Taubheit auf beiden Ohren bestand. Es steht fest, dass unmittelbar nach dem Aufhören der Bewusstlosigkeit eine an ihn gerichtete Frage gehört und richtig beantwortet wurde. Dann hörte er gar nichts mehr und während des vierwöchentlichen Krankenhausaufenthaltes war auch die Schädelknochenleitung aufgehoben. Zur Zeit besteht nur noch rechts völlige Taubheit mit Aufhebung der Schädelknochenleitung, links wird sehr laute Sprache gehört und die Schädelknochenleitung ist vorhanden. Vortr. nimmt rechtsseitige Labyrinthblutung an. Linksseitig vielleicht periphere Kompression des N. acusticus durch Blutung infolge Schädelbasisfraktur.

Die Prognose für das linke Ohr wird günstig gestellt, es ist vielleicht völlige Herstellung, jedenfalls erhebliche Besserung des Hörvermögens zu erwarten.

Diskussion: Herr Vohsen: Den Pat. habe ich erst einmal untersucht und erfahre jetzt erst die Details seiner Krankengeschichte. Es fand sich eine Spur eingetrockneten Blutes im äusseren Teil der unteren Gehörgangswand. Die Trommelfelle sind intakt, das rechte Trommelfell etwas überbeweglich. Funktionell: Gleichgewicht noch nicht untersucht. — Rechtes Ohr taub für Töne und Sprache. Weber im ganzen Kopf gehört. Linkes Ohr hört lückenlos die Tonstrecke von E 2 bis ais 2, quantitativ wurde noch nicht untersucht. Konversationssprache wird schlecht unmittelbar vor dem linken Ohr gehört. Knochenleitung für a 1 vom Scheitel um 10 Sek. verkürzt. — Ob das Gehör sich verbessert oder verschlechtert hat, ist mangels eines früheren genaueren Untersuchungsresultates nicht zu sagen. Herr Notzel gibt an, dass der Knabe sicher bald nach dem Unfall gehört hat. — Schädelbrüche pflegen sich bei bereits verwachsenen Nähten in der Richtung der einwirkenden Gewalt fortzusetzen und die Sprünge durch beide Felsenbeine sind nicht zu selten. Der Hufschlag traf das Kind über dem rechten Ohr, aus dem eine Blutung stattgefunden haben soll, von der Spuren nicht mehr nachzuweisen sind. Einer Blutung oder Verletzung im rechten Labyrinth entspricht die völlige Taubheit des rechten Ohres. Ob links eine Verletzung des Labyrinths oder des Hörnerven vorliegt, ist nicht sicher zu entscheiden. Konzentrische Einengungen des Hörfelds sind auch bei zentralen Leiden beobachtet. Bezold hat einen Fall von Tumor des Mittelhirns untersucht, bei dem eine allmählich zunehmende Einengung des Hörfelds an oberer und unterer Grenze erfolgte. Es können aber diese Einengungen ebenso durch periphere Erkrankung erfolgen. Vor der Hand fehlen uns die Methoden, um zentrale und periphere Hörstörungen in solchen Fällen negativen Befundes am Mittelohr zu unterscheiden. Wenn sich weiter bestätigt, was mir bei der ersten Untersuchung auffiel, dass der Knabe bei mehrfacher Wiederholung Worte leichter aufzufassen schien, so würde ich diesen Fall für geeignet zu Hörübungen halten. Ich werde Ihnen später hoffentlich Genaueres über den Fall berichten können, dessen Vorstellung mir erst vor einer Stunde bekannt wurde.

Herr Eulenstein: Ich möchte den Ausführungen des Herrn Vohsen einige ergänzende Bemerkungen beifügen, da ich den Pat. vor etwa 4 Wochen im städtischen Krankenhause einmal gesehen habe.

Ich konnte damals ebenso, wie einige Zeit vorher mein Vertreter, Herr Dr. Knopf, feststellen, dass sich an beiden Trommelfellen nicht die geringsten Spuren einer vorausgegangenen Ruptur vorfanden. Es bestand absolute Taubheit für Luft- und Knochenleitung. Taumelnder Gang, der anfangs sehr hochgradig gewesen sein soll, bestand auch damals noch; Gehen mit geschlossenen Augen war unmöglich. Nach Bericht der Krankenschwester soll anfangs, namentlich beim Versuch, sich aufzusetzen, heftiger Schwindel bestanden haben. Da die einige Zeit fortgesetzte Verabreichung von Jodkali keinen Einfluss auf die Gehörstörung zeigte, riet ich, einen Versuch mit subkutanen Injektionen von Pilokarpin zu machen. Wie mir die Mutter des Pat., den ich nicht mehr gesehen habe, nach einiger Zeit mitteilte, vertrüge derselbe die Einspritzungen sehr schlecht und wolle sie deshalb ihn wieder nach Hause nehmen.

Herr Lilienfeld berichtet im Anschluss an die Demonstration des Herrn Nötzel über einen von ihm am gleichen Tage operierten Fall von Verletzung der linken Scheitelbeingegend. Ein dreijähriger Knabe war vor 5 Tagen von einer herabfallenden Eisenklammer verletzt worden, , am 5. Tage eintretende Konvulsionen der rechten Gesichtshälfte und des rechten Armes veranlassten die Eltern, ärztliche Hilfe nachzusuchen. Durch Trepanation wurde ein Stück Tabula vitrea aus der Grosshirnrinde im Bereich der motorischen Region entfernt.

Herr Nötzel: Die Blutung aus dem rechten Ohr hat sicher stattgefunden und ist von mir selbst festgestellt worden unmittelbar nach der Verletzung.

Herrn Vohsen erwidere ich, dass ich absichtlich es vermieden habe, den Verlauf der Schädelbasisfraktur genau zu lokalisieren. Das ist sehr schwer. Es ist zum mindesten nicht erwiesen, dass der Bruch von einer Seite zur anderen durchgeht und aus verschiedenen Gründen unwahrscheinlich. Blutungen ins Labyrinth können auch ohne Basisfraktur nur durch die Erschütterung zu stande kommen und Schädigungen des N. acusticus durch die Basisfraktur selbst sind meist mit Schädigungen des N. facialis vergesellschaftet. Bei doppelseitiger Fraktur müsste man wenigstens auf einer Seite diese so häufige Begleiterscheinung finden. Die Störungen des Gehörs infolge Schädelbasisfrakturen sind alles in allem sehr selten. Anna Heer hat im Jahre 1892 58 Fälle von Schädelbasisfraktur aus der v. Brunsschen Klinik beschrieben und darunter 9 mal die Beteiligung des N. acusticus gefunden, immer nur einseitig und in 6 Fällen mit Faszialisstörungen einhergehend. Doppelseitige Störungen des Gehörs sind glücklicherweise extrem selten, aus diesem Grunde habe ich Ihnen den Patienten vorgestellt.

Noetzel: Ueber die operative Behandlung der Peritonitis.

Redner bespricht nur die Fälle von diffuser freier eitriger Peritonitis. Zirkumskripte und sogenannte „progrediente" Peritonitiden, welche er zu den „Abszessen", den umschriebenen Eiterungen im Bauch rechnet, sind nicht in die hier angeführten Zahlen aufgenommen. Die Prognose hat sich erheblich gebessert dank erstens der fortgeschrittenen Technik und

Routine, zweitens der frühzeitigeren Operation eines grossen Teiles der Fälle. Alle Fälle werden geheilt, in welchen es gelingt, dem Peritoneum durch Entfernung der Ursache der Eiterung und des Eiters, d. h. also eines Teiles der Infektionserreger in einem Stadium zu Hilfe zu kommen, in welchem die Resistenz desselben noch nicht erschöpft ist, sondern den in der Bauchhöhle zurückgelassenen Teil der Infektionserreger zu vernichten vermag. Die grosse Resistenz der Peritonealhöhle ermöglicht Heilerfolge durch ein Verfahren, welches gegenüber den Behandlungsmethoden von Eiterungen an anderen Körperstellen wenig radikal erscheint. Eine „offene Behandlung" der Peritonealhöhle gibt es nicht. Redner hat schon früher betont, dass diese Resistenz der Peritonealhöhle nicht bedingt ist durch das Resorptionsvermögen und hat hierfür den Beweis erbracht durch Tierexperimente: Von einer Staphylokokkenbouillonkultur, welche bei intravenöser Impfung von 0,1 ccm die Kaninchen tötete, vertrugen dieselben intraperitoneal 10 ccm, also das hundertfache der intravenös tödlichen Dosis, eine Tatsache, die natürlich unmöglich wäre, wenn die Resorption ins Blut es wäre, was das Peritoneum rettet, bezw. wenn überhaupt diese Resorption nur den hundertsten Teil des Infektionsmaterials aus der Bauchhöhle in den Blutkreislauf beförderte. Es wird also nur, wie auch von anderen Infektionsstellen, ein Teil der Infektionserreger resorbiert. Der Kampf zwischen den Infektionserregern und dem befallenen Körper spielt sich am Ort der Infektion ab, also bei der peritonealen Infektion in der Bauchhöhle. Diese Auffassung hat inzwischen mehr und mehr die frühere Lehre von der Resorption als Ursache der Resistenz des Peritoneums verdrängt. Die Resorption der Bakterien und Toxine gefährdet im Gegenteil den erkrankten Körper und es muss ein Hauptbestreben der Therapie sein, dieselbe zu vermindern, indem möglichst viel Infektionsmaterial entfernt und durch zweckmässige Drainage nach aussen abgeleitet wird. Unmöglich aber kann Redner es für richtig halten, wenn man die Resorption, wie Glimm es vorschlägt, dadurch beschränkt, dass man die Resorptionstätigkeit selbst herabsetzt oder aufhebt durch Verstopfung der Lymphwege, welche Glimm nach dem Vorgange Klapps durch Injektion von Oel ins Peritoneum gelang. Trotz des günstigen Ausfalls der Tierexperimente Glimms — die mit Oel behandelten Tiere genasen, die anderen starben an Peritonitis — muss man vor einem Verfahren warnen, welches die physiologischen Funktionen der Gewebe beeinträchtigt. Nach Ansicht des Redners kann hierdurch nur der Infektion Vorschub geleistet werden. Die Resorption ist ein wichtiger Teil aller

Zirkulation. Die normale Funktion derselben ist für die Ausheilung von Krankheitsprozessen absolut notwendig und speziell die grosse Resorptionskraft der Peritonealhöhle, wenn sie auch nicht die Infektion selbst vernichtet, ermöglicht andererseits die völlige Ausheilung eitriger und nekrotisierender Prozesse bei geschlossener Bauchhöhle, wie sie an anderen Körperstellen nur unter offener Behandlung und Abstossung nach aussen möglich ist. In der Uebertragung der Resultate von Tierexperimenten auf die Therapie der menschlichen Peritonitis kann nicht genug Zurückhaltung anempfohlen werden. Auch den theoretischen Deduktionen Peisers über die angebliche Resorptionshemmung und die Autoregulation der peritonealen Resorption kann Redner nicht beipflichten, noch weniger seinen hieraus abgeleiteten Ratschlägen für die Behandlung der Appendizitis. Die auch sonst leider sehr verbreitete Lehre, dass jenseits des 2. und 3. Erkrankungstages nicht operiert werden dürfe, gefährdet, wie Sprengel richtig bemerkt, die mühsam errungene Anerkennung der Frühoperation und damit überhaupt der chirurgischen Therapie der Appendizitis.

Trotz aller z. T. interessanten Belehrung durch die zahlreichen Tierexperimente der verschiedenen Autoren haben dieselben für die Therapie nichts geleistet. Umgekehrt haben wir unsere theoretischen Ansichten aus den praktischen Erfahrungen am Menschen zum grössten Teil ableiten und dann mit den Resultaten der Tierexperimente in Einklang bringen müssen.

Die Therapie konnte nur von dem natürlichen Prinzip ausgehen, möglichst das Infektionsmaterial aus der Bauchhöhle wegzuschaffen, nämlich

1. die Ursache der Eiterung,
2. den Eiter selbst.

Es gibt Fälle, in welchen man nur der ersten, andere, in welchen man nur der zweiten der genannten Indikationen genügen kann, und welche trotzdem geheilt werden. Deshalb soll man aber doch prinzipiell in jedem Fall alles zu leisten suchen, was möglich ist, den kranken Wurmfortsatz entfernen bezw. kranke Tuben oder die Gallenblase, Löcher im Magendarmkanal oder der Blase verschliessen. Für die Entfernung des Eiters ist die Ausspülung mit warmer Kochsalzlösung das gründlichste und dabei schonendste Verfahren und dem trokkenen Auswischen vorzuziehen. Der Einwand, dass man damit die Keime hinein statt herausspüle, ist hinfällig. Erstens wird nur nach Anlegen einer mit einem Drain versehenen Kontrainzision, nach Bedarf mehrerer, gespült, zweitens wird auch dann nur mit ganz geringem Druck gespült. Die Drainage

dient zur Vervollkommnung einesteils der Entfernung bezw. Ausschaltung der Ursache, d. h. es werden gesonderte Abszesse und Senkungen drainiert, andernteils der Entfernung des Eiters durch Drainage der ganzen Bauchhöhle. Die letztere ist nur möglich innerhalb der ersten Stunden nach der Operation, ehe sich Verklebungen gebildet haben, und nur ausführbar nach dem von Rehn aufgestellten Prinzip: Schaffung einer einzigen tiefsten Stelle im Becken durch Schräglagerung des Operierten mit tiefgestellten Becken, sodass alle Flüssigkeit — Eiter und etwa zurückgebliebene Spülflüssigkeit — aus der freien Bauchhöhle sich hier ansammeln muss, Einführung der Drainagen von der Laparotomiewunde bezw. Kontrainzision auf den Beckengrund, feste Naht der Bauchwunden bis zur Drainage, sodass der wiederhergestellte Bauchdeckendruck die Flüssigkeit zu den Drainagen herauspresst bergauf. Vaginale oder rektale Inzisionen für die Drains werden vermieden. Auf die Herstellung des physiologischen Bauchdeckendruckes wird das grösste Gewicht gelegt und das geschilderte Verfahren muss gerade im Gegensatz zur trockenen Behandlung und zur Tamponade der Bauchhöhle als ein physiologisch richtiges bezeichnet werden. Offenlassen der Bauchwunde ist im Prinzip falsch. Eine offene Behandlung der Bauchhöhle wird damit natürlich doch nicht erreicht, wohl aber wird der normale Bauchhöhlendruck gestört und die Gefahr des Darmprolapses heraufbeschworen.

Radikale Operation, gründliche Entleerung des Eiters vorausgesetzt, sind die Chancen um so günstiger, je schonender und rascher man operieren kann. Bei der Blinddarmperitonitis ist das Verfahren am einfachsten und glattesten: Appendektomie mittelst kleinen rechtsseitigen Schnittes, Kontrainzision auf der linken Seite, 2 Drains auf den Beckengrund, Durchspülen des Bauches von einer Seite zur anderen, Naht bis auf die Drains.

In der Nachbehandlung ist die Anregung der Peristaltik die erste Aufgabe, Kochsalzklysmen, Physostigmingaben subkutan und so bald wie möglich per os sind zu empfehlen. Die Bildung von Adhäsionen ist nicht zu vermeiden. Spätere Hernienoperationen, welche übrigens nur selten notwendig werden, haben aber gelehrt, dass die Adhäsionen schwinden, falls die Ursache der Eiterung beseitigt ist. In der Zeit ihres Bestehens können sie Darmverschluss und Ileus hervorrufen. Dieser Darmverschluss ist im Beginn immer ein „relativer“ durch stärkere Blähung einer Schlinge infolge von Diätfehlern hervorgerufen. Die Behandlung darf daher im ersten Beginn bei sorgsamer Beobachtung konservativ sein; Diät, heisse Umschläge. Die Operation bei diesem Ileus bald nach der Peri-

tonitis ist infolge der Multiplizität der Adhäsionen eine sehr schwierige und kann eventuell, wenn die Adhäsionen im Bereich einer noch bestehenden Eiterung gelöst werden müssen, die Peritonitis wieder aufrühren. Redner hat aber hieran nur einen Fall verloren. Die anderen operierten Ileusfälle wurden trotz des scheinbar trostlosen Operationsbefundes gerettet. In einer nicht kleinen Zahl von Fällen gingen vorübergehende Stenosenerscheinungen unter konservativer Behandlung völlig und dauernd zurück.

Auch bei sekundären Abszessen soll man, wenn keine akute Gefahr vorhanden ist, möglichst lange abwarten. Da die Ursache der Eiterung beseitigt ist, sind diese „Restabszesse" meist ungefährlich, werden vielfach ganz oder grossenteils resorbiert oder perforieren nach den Drainageöffnungen. Falls dies nicht geschieht, wird aber gerade durch das Wachsen der Abszesse, ihr Heranrücken an die Oberfläche die Operation eine leichte und einfache: vaginale, rektale oder sonstige einfache Inzisionen.

Die primäre Enterostomie wurde nie, die sekundäre nur selten und immer ohne Erfolg angewendet. Es entleert sich immer nur eine kleine Darmpartie, dann wird die Oeffnung gerade durch den Meteorismus selbst verlegt.

Für den Begriff der „diffusen Peritonitis" speziell bei Appendizitis ist noch festzustellen, dass natürlich die Fälle mit freiem s e r ö s e m Exsudat nicht dazuzuzählen sind, wohl aber alle Fälle mit freiem e i t r i g e m Exsudat, auch die ganz frischen vom ersten und zweiten Erkrankungstage. Es ist nicht richtig, die letzteren wegen ihres meist leichteren Verlaufes nicht zu den allgemeinen Peritonitiden zu zählen. Es handelt sich doch um eine diffuse Erkrankung der ganzen Bauchhöhle und es ist doch allen Eiterungen und Entzündungsprozessen gemeinsam, dass die Prognose um so günstiger ist, je früher sie in Behandlung kommen. Das ganze Krankheitsbild und speziell der Verlauf nach der Operation sowie die leider doch auch hier nicht fehlenden Fälle mit tödlichem Ausgang charakterisieren zur Genüge die Erkrankung auch in diesem frühen Stadium als „diffuse Peritonitis".

Es wurden im ganzen operiert 295 Fälle von diffuser Peritonitis. Davon wurden geheilt 158, es starben 137.

Bezüglich der Aetiologie verteilen sich die Fälle folgendermassen:

	Sa.	Geheilt	Gestorben
Blinddarmperitonitis	202	109	93
Pyosalpinxperitonitis	47	31	16
Puerperale Peritonitis	6	3	3
Peritonitis infolge Perforation der eitergefüllten Gallenblase	8	3	5
Peritonitis des Magens	17	10	7
" " Darms	11	—	11
" eines falschen Divertikels	1	1	—
" der Harnblase	1	—	1
" infolge Zystitis	1	—	1
" Koprostase	1	1	—
	295	158	137

Diese Statistik ergibt deshalb noch immer eine so hohe Mortalität, weil die schlechten Erfolge der ersten Jahre immer wieder mitgezählt werden müssen. Die Besserung der Resultate wird anschaulich gemacht durch die Heilungsziffern der Blinddarmperitonitis aus den letzten 5 Jahren.

	Sa.	Geheilt	Gestorben
1902	18	7	11
1903	25	16	9
1904	28	18	10
1905	29	24	5
1906 (bis 15. XI)	37	25	12

Die Statistik 1905 ist auffallend günstig und wird wohl niemals als Durchschnitt erreicht werden. Man muss vielmehr als Durchschnitt annehmen, dass bei der Blinddarm- und Pyosalpinxperitonitis etwa $^2/_3$—$^3/_4$ aller Fälle durch die Operation gerettet werden. Bei den anderen Peritonitiden ist die Heilungsziffer geringer (50 Proz. und darunter).

Diskussion: Herr Siegel: Die wesentlichsten Fortschritte auf dem Gebiete der Peritonitisbehandlung verdanken wir vor allem der verbesserten und frühzeitigen Diagnose. Vor 15 Jahren hat man die diffuse Peritonitis für eine seltene Erkrankung angesehen und hat sie erst diagnostiziert, wenn folgender Symptomenkomplex vorhanden war: hohe Temperatur, sehr frequenter Puls, aufgetriebener Leib, Erbrechen, Sistieren der Peristaltik, Störung der Urinsekretion, heftiger Leibschmerz und grosse Unruhe. Wir haben uns im letzten Dezennium von der Idee emanzipiert, dass die diffuse Peritonitis jedesmal gleich am Anfang ein schweres Krankheitsbild darstellen muss. Wir wissen jetzt, dass im Beginn der Puls oft nicht mehr wie 80—90 Schläge zählt, die Temperatur niedrig sein kann, Erbrechen gar nicht oder nur am Anfang zu bestehen braucht und dass die Auftreibung des Leibes fehlen kann. Je mehr diese Erkenntnis Gemeingut der Aerzte geworden ist, um so frühzeitiger sind die Fälle der Operation zugewiesen worden. Ich habe am eigenen Material den Erfolg deutlich wahrnehmen können. Vor 10 Jahren habe ich von den Fällen von diffuser Peritonitis fast die Hälfte verloren, während von meinen letzten 40 Fällen nur 5 gestorben sind. Das Hauptgewicht lege ich mit Herrn N. auf die Ausschaltung der Infektionsquelle. Ist man nicht imstande, diese aufzufinden, so bleibt der Erfolg unsicher.

Nur, wenn der Ausgangsherd unbekannt ist, halte ich grosse Schnitte und weitgehende Eröffnung der Bauchhöhle für ratsam. Ich habe bei einer Reihe von Fällen, die ich nach dem ganzen Befunde für verloren hielt, von kleinen Schnitten aus die Infektionsquelle, z. B. die perforierte Appendix, entfernt, sorgsam die Bauchhöhle ausgespült, dann schmale Gazestreifen eingelegt, und habe wider Erwarten die Patienten rasch genesen sehen. Diese Erfahrung hat mich veranlasst, prinzipiell die Peritonitisoperation so schonend und einfach wie möglich zu gestalten. Ich ziehe als Drainage schmale Gazestreifen vor. Sie saugen das eitrige Exsudat aus der freien Bauchhöhle gut an, so dass man in den ersten 24 Stunden oft den Verband ganz durchtränkt findet. Nach dieser Zeit wird ja doch nur noch derjenige Abschnitt in der Abdominalhöhle drainiert, in welchem die Streifen selbst liegen. Aber die vis medicatrix des Peritoneums ist, bei frühzeitigem Eingriff, worauf Rehn schon vor vielen Jahren hingewiesen hat, stark genug, den Rest der Infektionsstoffe zu vernichten.

Was die Anlegung einer Kotfistel betrifft, so hat sie mir in einer Reihe von Fällen gute Erfolge gebracht und zwar dann, wenn nach Rückgang der diffusen Peritonitis eine lokalisierte Peritonitis einer grösseren Darmschlinge mit Ileuserscheinungen bestehen blieb, ein gar nicht so seltenes Vorkommnis. Aber eine Enterostomie wird nur dann Nutzen bringen, wenn noch ein Teil des Darmkanales ungelähmt und kontraktionsfähig ist und wenn man die Fistel in der Nähe dieses noch arbeitsfähigen Darmabschnittes anlegt. Ist der ganze Darmtraktus gelähmt, so versagt die Fistel.

Es wäre mir interessant gewesen, zu hören, was Herr N. von den Kochsalzinfusionen bei septischer Peritonitis hält. Ich wende sie auch an, aber ich habe die Ueberzeugung, dass die Fälle, die ich durchgebracht habe, auch ohne die Infusion durchgekommen wären, und dass sie in den kritischen Fällen gerade nichts nützen. Es ist das eine Ansicht, die auch v. Mikulicz in dem Handbuch der Chirurgie mit Bestimmtheit vertritt.

Herr Hirschberg fragt Herrn Nötzel, wie sich die Zahl der Heilungen der diffusen Peritonitis bei Kindern zu der bei Erwachsenen verhält.

Herr von Wild fragt nach der Zahl der Gallenblasenrupturen.

Herr Nötzel erklärt sich die besseren Resultate im städtischen Krankenhaus hauptsächlich aus der veränderten Operationsmethode. Früher grosse Schnitte und mehrfache Drainage, jetzt kleine Schnitte und nur Drainage des Douglas. Er macht noch einmal auf seine seit Jahren geübte Methode der Douglasdrainage mittels Glasrohr aufmerksam, das von der Bauchdeckenwunde aus eingeschoben wird zur gründlichen Spülung und einige Tage liegen bleibt, wobei eingeführte Gazestreifen die Aufsaugung der Sekrete befördern. Von den 42 Fällen von Appendizitisoperationen im vorigen Jahre wurden über ein Drittel so behandelt und immer hat sich diese Methode bewährt.

Herr Marcus fragt, ob ein Transport nicht die Resorption beschleunigt.

Herr Nötzel (Schlusswort): Herrn Siegel erwidere ich, dass bei uns die Verbesserung der Resultate nur zum kleineren Teil durch frühere Operation erreicht worden ist. Wir bekommen nach wie vor eine grosse Anzahl von Fällen erst in einem vorgeschrittenen Stadium zur Operation. Von den Enterostomien habe ich so wenig

gute Erfolge gesehen, dass ich immer noch geneigt bin zu glauben, dass diejenigen Fälle, welche damit gut verlaufen, auch ohne die Enterostomie gut verlaufen wären. In Fällen mit hochgradigem Meteorismus und Heraufdrängung des Herzens habe ich manchmal gute Erfolge gesehen von multiplen Punktionen mittels feiner Kanülen (von Subkutanspritzen), ein schonenderes Verfahren, welches bei dem hauptsächlich gasförmigen Inhalte des Darmes vollkommen den Zweck der Entleerung derselben erfüllt.

Herrn Harbordt erwidere ich, dass wir unsere Fälle jetzt nicht weniger radikal als früher, sondern radikaler operieren. Allerdings ist das Verfahren, wie es jetzt geübt wird, ein schonenderes, speziell bin ich auch für die kleinen Schnitte, wo es irgend möglich ist. In den meisten und jedenfalls in allen frischeren Fällen von Peritonitis mache ich den Schnitt nicht länger als bei den gewöhnlichen Appendektomien, also 4—5 cm lang. Man soll aber nicht den kleinen Schnitt auf Kosten der Sicherheit der Operation machen. Die von Herrn Harbordt beschriebene Douglasdrainage deckt sich vollkommen mit dem, was ich über die Drainage des Beckens sagte, und ist ein Teil des Rehnschen Prinzips der Drainage mit Ausnahme der von Harbordt geübten Einführung eines Gazestreifens in das Drainrohr, für welche ich mich nicht begeistern kann.

Peritonitiden infolge Gallenblasenperforation habe ich in meinem Material nur 8 mit nur 3 Heilungen und 5 Todesfällen. Ich halte diese Peritonitis für eine der ungünstigsten und kann Ehrhardt nicht zustimmen, dass die Galle im Peritoneum einen die Bakterien schädigenden Einfluss ausüben soll. Zum Teil kommt die schlechte Prognose auch davon, dass die betreffenden Patienten durch das lange Zeit bestehende Leiden geschwächt sind. Da die Perforation zuerst meistens in einem umschriebenen Raum erfolgt, so kann man von den diffusen Fällen auch fast durchweg behaupten, dass sie erst in einem vorgeschrittenen Stadium der ganzen Krankheit zur Operation kommen. Sie sind überhaupt selten. Von Perforationen mit zirkumskripter Peritonitis, welche ich hier nicht mitzähle, habe ich mehrere Fälle gesehen und selbst operiert, welche alle günstig verliefen.

Zur Frage des Transportes der Peritonitiskranken bemerke ich, dass ich jeden Transport auch mit der Eisenbahn für ungefährlicher halte, als eine ungenügende oder unter unvollkommenen äusseren Bedingungen ausgeführte Operation. Der Transport wird fast immer gut vertragen. Die vorherige Inzision und Drainage zum Zweck der Verminderung des Eiters mittels kleines Schnittes und richtig ausgeführt, kann sicher in besonders schweren Fällen dazu beitragen, den Zeitverlust durch den Transport noch ungefährlicher zu machen.

Kochsalzinfusionen in die Venen halte ich immer noch für ein sehr gutes Mittel bei der Nachbehandlung der Peritonitiden, von welchem wir in schweren Fällen immer Gebrauch machen. Allerdings machen wir selten mehrere Infusionen bei demselben Patienten. Ich habe schon an anderer Stelle ausgeführt, dass ich den Infusionen geradezu eine gewisse prognostische Bedeutung zuschreibe. Wenn der Puls nach der Infusion rasch wieder so schlecht wird wie vorher, dann lohnt sich auch meistens eine zweite Infusion nicht mehr. In den günstig verlaufenden Fällen wird bereits mit einer einmaligen Infusion eine dauernde Besserung des Pulses erzielt und jedenfalls sind kaum jemals mehr als 2 Infusionen nötig.

Ordentliche Sitzung vom 1. Oktober 1906.

Vorsitzender: Herr Emanuel Cohn.
Schriftführer: Herr J. Rosengart.

Es wird das Protokoll der vorigen Sitzung verlesen und genehmigt und die Aufnahme eines ordentlichen und dreier ausserordentlicher Mitglieder bekannt gemacht.

Herr **Boit** vom Dr. Senckenbergschen pathologisch-anatomischen Institut demonstriert folgende Präparate:

1. **Stenosierendes ulzeröses Oesophaguskarzinom dicht unterhalb des Kehlkopfes. Umwachsung des linken Nervus recurrens von Karzinom.**

Hufeisenniere. 67 jähriger Mann. Tod an Kachexie.

2. **Peptisches Geschwür an der Hinterwand des Duodenums, 1 cm unterhalb des Pylorus.**

Tod durch Verblutung aus der Art. gastroduodenalis und pancreaticoduodenalis, die beide im Geschwürsgrund arrodiert sind.

3. **Faustgrosses sackförmiges Aneurysma der Aorta descendens thoracica** infolge von Alterssklerose und Atheromatose. Arrosion des 2. bis 5. Brustwirbels. 85 jährige Frau.

4. **Kleinfaustgrosses Prostatakarzinom mit ausgedehnten Knochenmetastasen im Becken, den Oberschenkelknochen und Lendenwirbeln.** 70 jähriger Mann.

5. **Mitralstenose. Kardiale Zirrhose der Leber. Hochgradige Stauungsinduration von Milz und Nieren** bei 40 jähriger Frau.

Herr **Flesch** demonstriert einen Fall vollständig ausgeheilter **Barlowscher Krankheit**, sodann einen zweiten Fall dieser Krankheit mit gleichzeitiger Kleinhirnerkrankung. Flesch hebt ätiologisch hervor, dass die Milch, die in diesen beiden Fällen zur Ernährung genommen wurde, selten über 10—15 Minuten erhitzt worden sei, dass dagegen in zweien seiner beobachteten Fälle die Patientchen von diabetischen Müttern abstammten, resp. sogar auch diabetische Grossmütter gehabt haben.

Diskussion: Herr Pinner bespricht und demonstriert das Röntgenogramm eines Falles von besonderer Verdickung der unteren Epiphyse des Oberschenkels durch Barlowsche Erkrankung.

Herr Heinrich Rehn demonstriert ebenfalls seine bei Barlowscher Krankheit durch Röntgenaufnahme gewonnenen Bilder, über die

er in grösserer Ausführlichkeit in der Berl. Klinik eine Abhandlung veröffentlicht hat.

Herr Sternberg-Berlin (a. G.) demonstriert und reicht Kostproben einer von ihm zusammengesetzten **Diabetikerschokolade**, genannt Dulcinolschokolade, ein Mannit-Schokolade-Präparat, das von der „A.-G." J. D. Riedel-Berlin hergestellt wird und weder Zukker noch künstlichen Süssstoff enthalten soll.

Herr A. Feuchtwanger: Ueber Ernährung der Säuglinge mit einer Buttermilchkonserve.

Die Vilbeler Buttermilchkonserve, sterilisierte holländische Säuglingsnahrung (H.S.), wird nach der Heubner-Salgeschen Vorschrift aus saurem Rahm hergestellt, der mit Milchsäurebazillenreinkulturen versetzt ist. Durch Butterung wird das Fett zum grössten Teil entfernt. 1 Liter Buttermilch werden 60 g Zucker und 15 g Weizenmehl zugesetzt. Sie wird trinkfertig in ¼ Literflaschen abgegeben. Sie enthält ca. 2,5 Proz. Eiweiss, 0,5 Proz. Fett und 3,5 Proz. Kohlehydrate (zitiert nach Köppe). Die Azidität beträgt 7 ccm ¼ Normalnatronlauge auf 100 ccm Buttermilch. 1 Liter H.S. enthält 714 Kalorien (Rubner).

Kontraindiziert ist die H.S. bei allen akuten Magendarmstörungen. Sie hat aber trotzdem bei denselben den Vorteil, dass man nach der strengen Wasserdiät der ersten 48 Stunden bälder mit der H.S. beginnen kann, als man das früher mit der Kuhmilch tun konnte und die Kinder durch die baldige Einschaltung dieser kalorienreichen Nahrung nicht so sehr herunterkommen.

Indiziert ist die H.S. 1. bei mangelhafter Ausnützung des Fettes (Fettinsuffizienz), die nach Biedert-Selter aus den dünnflüssigen, sauer reagierenden, seifig glänzenden, nach ranziger Butter riechenden und mikroskopisch Fetttropfen, Fettlachen und Fettnadeln enthaltenden Fäzes erkannt wird und ausser diesem Fäzesbild noch die schweren Allgemeinerscheinungen der „Fettdiarrhöe" zeigt.

2. bei Empfindlichkeit gegen die gewöhnliche Kuhmilch. Die Diagnose dieser Kuhmilchstörungen, für die wir einen bestimmten Bestandteil der Milch (exkl. Fett) bis jetzt noch nicht feststellen können, ergibt sich aus dem schlechten Allgemeinbefinden und den dünnen, stark alkalischen, faulig stinkenden Fäzes, bei denen mikroskopisch nichts zu finden ist. Unter diese Rubrik gehören auch die Kinder, bei denen die Kuhmilch wie ein Gift wirkt (Schlossmann, Finkelstein).

3. bei Atrophie ohne akute Magendarmstörungen. Bei dem Heubnerschen Energiequotienten von 120 wurden oft bedeutende Gewichtszunahmen erzielt (gleiches Resultat wie Köppe).

4. bei Frühgeburten (Finkelstein).

5. bei subakuten und chronischen Magendarmstörungen, wenn es sich nicht um Kohlehydratinsuffizienz handelte. Bei diesen „Mehlnährschäden" (Czerny-Keller), die bei lange ziemlich gutem Allgemeinbefinden dünne, sauer reagierende, sauer, oft nach Essigsäure riechende, mit Lugol gefärbt mikroskopisch zahlreiche unverdaute Stärkereste, jodophile Stäbchen und Klostridien enthaltende Fäzes zeigen, muss das Mehl entfernt werden. Ich hatte deshalb auch bei Kohlehydratinsuffizienz mit einer 2. Sorte von H.S., die auf meine Veranlassung in Vilbel hergestellt wird und die kein Mehl enthält und der ich Rahm zufügte, manchmal gute Erfolge.

6. bei ausgebreiteten Ekzemen.
7. beim Allaitement mixte.
8. bei Rachitis (entgegen der früheren Anschauung).

Von Barlowscher Krankheit ist mir nach längerem H.S.-Gebrauch nichts bekannt geworden.

Diskussion: Herr Roth-Usingen fragt an, ob und welche Erfahrungen der Herr Vortr. mit der sogen. alkalisierten Buttermilch gemacht habe, die man in Fällen anwende, wenn die saure Buttermilch bei sonst geeigneten Fällen nicht vertragen wird.

Herr Moritz-Giessen frägt den Vortr., ob seinen Präparaten noch Eiweiss zugesetzt sei, da in der vom Vortr. mitgeteilten Analyse für Eiweiss 2½ Proz. angegeben seien?

Herr A. Feuchtwanger erwidert, dass das Kasein in Suspension im Niederschlag, das Serumalbumin in der darüber befindlichen Schicht enthalten sei.

Herr Moritz präzisiert seine Frage sodann nochmals.

Herr Cahen-Brach erwähnt ausser den vom Vortr. genannten noch einen weiteren Fettnährschaden: Die Fettobstipation.

Herr Gelhaar frägt nach den Erfahrungen mit der älteren Mannheimer Buttermilchkonserve.

Herr Cuno bemerkt, dass seine und seiner Mitarbeiter Erfahrungen im Dr. Christschen Kinderhospital an Kindern, die mit Buttermilchkonserve ernährt wurden, keine befriedigenden gewesen seien. Das Aussehen und der Geruch der Stühle, sowie das ungenügende Gedeihen der Kinder habe ihn veranlasst, alsbald seine Versuche wieder aufzugeben.

Herr Feuchtwanger fordert im Schlusswort auf, seine Buttermilchkonserve zu erproben.

Ordentliche Sitzung vom 15. Oktober 1906.

Vorsitzender: Herr Emanuel Cohn.
Schriftführer: Herr J. Rosengart.

Nach Verlesen und Genehmigung des Protokolls der vorigen Sitzung teilt der Vorsitzende mit, dass am 9. Oktober der junge Kollege Dr. Georg Landsberg, unser a. o. Mitglied, gestorben ist. Der Vorsitzende hat sich gleich wie bei jedem anderen derartigen Anlass für ermächtigt gehalten, dem Verstorbenen im Namen des Vereins einen Kranz aufs Grab zu legen. Die Anwesenden erheben sich zu Ehren des Andenkens des verstorbenen Kollegen von ihren Sitzen. Hierauf fährt der Vorsitzende fort und teilt mit, dass der Schwiegervater des Verstorbenen Kollegen Landsberg dem Aerztlichen Verein 1000 M. hat zustellen lassen in memoriam defuncti. Der Vorstand habe beschlossen, diese Summe zum Zwecke von Bibliothekergänzungen und von wissenschaftlichen Anschaffungen überhaupt zurückzulegen.

Der Vorsitzende verliest ein Schreiben des Herrn Prof. Albrecht, in dem dieser mitteilt, dass er aus Gesundheitsrücksichten vorläufig noch immer nicht an den Sitzungen des Vereins teilnehmen könne, um seine Demonstrationen zu halten. Er werde aber die zu haltenden Demonstrationen überwachen und vorbereiten helfen.

Als Gast wird Herr Prof. Lüthje begrüsst, der sich zugleich als ordentliches Mitglied anmeldet.

Als ordentliche Mitglieder sind aufgenommen worden: Die Herren Dr. Arthur Stein, Dr. Gustav Löffler und Dr. Walther Burk. Weggezogen und damit aus dem Verein ausgetreten ist: Herr Dr. Arnold Wegener.

Herr **Brenner** vom Dr. Senckenbergschen pathologisch-anatomischen Institut demonstriert:

1. zwei Fälle von **atrophischer Leberzirrhose** vom Laënnecschen Typus. In beiden Fällen war kein Ikterus vorhanden. Obwohl beide Lebern ziemlich stark verkleinert sind, wiegen sie doch infolge

der Bindegewebsvermehrung 2000 und 1800 g. Ihre Oberfläche ist grobhöckerig, die Schnittfläche grob granuliert. Neben stark bindegewebsreichen Partien sieht man vorspringende vikariierend hypertrophische Inseln von Lebergewebe. Die Verbreitung des Bindewebes zeigt im ganzen eine annuläre Form. Dazwischen verfettete Partien. Die Milz ist in dem einen Falle mässig vergrössert, in dem anderen durch die zum Tode führende Sepsis in ihrer Beziehung zur Zirrhose nicht mehr erkennbar. In dem ersten Falle führte eine ausgedehnte konfluierende lobuläre Pneumonie bei schlaffem, dilatiertem Herzen zum Tode. In beiden Fällen ergab sich als Aetiologie starker Potus.

2. Als Nebenbefund bei dem 1. Fall von Leberzirrhose ein strikturierendes und geringgradig ulzerierendes **Karzinom der Flexura coli dextra** in einer Ausdehnung von etwa 5 cm, das keine klinische Erscheinungen bot. Der zuführende Darmschenkel ist ziemlich dilatiert. An demselben Darm finden sich im S romanum zahlreiche Kotdivertikel.

3. Eine **Fettembolie der Lungen,** anschliessend an ein Trauma durch Ueberfahrenwerden von einem Wagen. Die äusseren Verletzungen waren nur gering. Eine Fraktur war klinisch nicht festzustellen. Der Patient wurde unter den Zeichen der bedrohlichen inneren Blutung eingeliefert. Bei der Eröffnung des Abdomens fanden sich grosse Mengen von Blut, herrührend von der rechten Nierenarterie, von der die Niere abgerissen war. Die Niere wurde exstirpiert. Sie sehen hier die zusammen mit dem Urether unterbundene Nierenarterie, in der sich ein paar Tage alter Thrombus befindet, der sich etwas über die Abgangsstelle in die Aorta fortsetzt. Im Abdomen keine peritonitische Erscheinungen. Der Tod erfolgte 3 Tage nach der Operation. In beiden Unterlappen finden sich bronchopneumonische Herde und die frische Schnittfläche der Lunge zeigte einen sehr stark fettigen Glanz, der den Verdacht der Fettembolie wachrief. Sie sehen nun in den eingestellten mikroskopischen Präparaten zahlreiche mit Fettponceau rot gefärbte Fetttröpfchen und wurstförmige Fetteinlagerungen in den Lungenkapillaren. Was nun den Ausgangspunkt der Fettembolie betrifft, so fand sich nur eine Fraktur der 10. Rippe dicht am Wirbelkörper, von der es bei dem geringen Fettreichtum des Rippenmarkes einigermassen zweifelhaft bleibt, ob sie die Ursache gewesen ist. Fast wahrscheinlicher ist es, dass bei der schweren Kontusion durch das überfahrende Rad an anderen fettreichen Stellen des Körpers Zerquetschungen von Fettgewebe stattfanden, welche die Embolie verursachten. In beiden Pleurahohlen fanden sich hämorrhagische Transsudate. Das Herz war schlaff, beide Ventrikel dilatiert. In der Lunge fand sich noch ein grösserer, wahrscheinlich von der unterbundenen Nierenvene herrührender Embolus.

4. Die Organe von einem siebenjährigen Mädchen, das nach kurzer, nur mehrtägiger Erkrankung unter den Erscheinungen der **Meningitis** mit hohem Fieber gestorben ist. Bei der Sektion fand sich eine stark vergrösserte septische Milz, Blutpunkte in der Haut in der Kopffaszie und auf dem Epikard. Trübe Schwellung der Nieren. Am Gehirn zeigten die Gehirnhäute starke Injektion. In der Gehirnsubstanz fanden sich eine ganze Anzahl von frischen Erweichungsherden, darunter einer über hühnereigross. Nirgends sicher nachweisbare Embolie oder Thrombosen. Die Nebenhöhlen frei. Die

Körperlymphdrüsen alle etwas geschwollen, hochgradig in der Halsgegend. Die Tonsillen sind stark vergrössert, weich und gerötet und sind wohl als die Eingangspforte der schweren Sepsis zu betrachten. Bei der bakteriologischen Untersuchung fanden sich im Blut und in den Organen Streptokokken. Als Nebenbefund zeige ich Ihnen hier eine ganz enorme Thymus, die von der oberen Thoraxapertur den Herzbeutel vollständig überlagernd bis zum Zwerchfell reichte.

5. Ein den rechten Hauptbronchus stenosierendes und ulzeriertes **Karzinom der Lunge,** das in die Vena cava superior und in den Herzbeutel durchgewachsen ist. Eine Lungenvene ist durch Karzinommassen thrombosiert. In der rechten Lunge finden sich weite Bronchiektasien, und in der Spitze eine kleine Metastase. Der Patient hatte seit etwa 2 Jahren starke Lungenbeschwerden, vor etwa ¾ Jahren wiederholt kleine Hämoptoen. Die Diagnose wurde zeitweise auf Emphysem, dann verschiedentlich auf Lungentuberkulose gestellt. Was zuletzt von der Diagnose Tuberkulose auf die Annahme eines Hindernisses in der Nähe des Bronchus hinleitete, war das vollständige Fehlen von Abmagerung bei dem sehr kräftigen Mann trotz der hochgradigen Lungenerscheinungen und das Fehlen jedes Atemgeräusches über dem rechten Unterlappen ohne dass eine Dämpfung vorhanden war. In der linken Spitze fand sich ein gut abgeheilter alter tuberkulöser Herd. Interessant ist noch, dass ein Bruder des Verstorbenen ebenfalls an Lungenkarzinom gestorben ist.

6. Einen zweiten **Lungentumor,** der klinisch keine charakteristischen Erscheinungen gemacht hatte. Er war nur kurze Zeit in Beobachtung und sein Leiden wurde für tuberkulöser Natur gehalten. Der Tumor, etwa faustgross, sitzt in dem linken Unterlappen und ist ebenfalls in die Bronchien und in den Herzbeutel eingewachsen. Metastasen finden sich in dem Hilus. Epibronchial- und Bifurkationsdrüsen; grössere Knoten in der Leber und im Pankreas, kleine in den portalen Lymphdrüsen und in der Milz. Die Vena lienalis ist durch Geschwulstmassen teilweise thrombosiert. In der Umgebung des Tumors sind ausgedehnte Atelektasen und Karnifikation. Mikroskopisch erwies sich dieser Tumor, von dem ebenfalls ein Präparat eingestellt ist, als ein kleinzelliges Rundzellensarkom.

7. Einen Fall von **Aneurysmabildung** im linken Ventrikel infolge hochgradiger Arteriosklerose der Kranzgefässe und dadurch bedingte Schwielenbildung. Der 62 jährige Mann hatte vor 1½ Jahren einen schweren apoplektischen Anfall und es war damals Embolie eines Kranzgefässes angenommen worden. Der Patient erholte sich wieder bis er ziemlich plötzlich schwerste Herzerscheinungen bekam und nach 1½ Tagen starb. Sie sehen, die Herzspitze und die Vorderwand des linken Ventrikels sind stark ausgebuchtet. Die Wand sehr dünn mit breiten sehnigen Streifen. Als Ursache für das Aneurysma fanden sich etwa 1½ cm von der Abgangsstelle in den Ramus descendens der Coronaria sinistra starke, das Lumen ganz verschliessende Kalkeinlagerungen, die zu einer mangelhaften Ernährung der Muskulatur, Schwund derselben mit Aneurysmabildung führten. Es ist wohl denkbar, dass bei dem ersten beschriebenen Anfall ein teilweiser Verschluss des Kranzgefässes einsetzte und dass die Schwielenbildung so weit zurückgeht.

8. Einen ganz ähnlichen Fall von **Aneurysmabildung** der klinisch keine charakteristischen Erscheinungen gemacht hatte. Die Aneurysmabildung ist etwas ausgedehnter als in dem vorigen Fall und

erstreckt sich auch auf das Septum interventriculare. Bei sinkender Herztätigkeit füllte sich ein Teil der Höhlung mit Thrombenmassen aus. Als Ursache lag fast an derselben Stelle wie in dem anderen Falle eine obliterierende Endarteriitis des Ramus descendens der linken Kranzarterie vor. In der Lunge fand sich noch eine kleine Embolie.

9. Endlich zeige ich Ihnen hier noch ein interessantes Präparat, das uns von einem auswärtigen Kollegen mit der Frage übersandt wurde, ob es sich hier um **Parasiteneier** aus dem menschlichen Darm handeln könne. Die beinahe erbsengrossen, wie kleine Gelatinekapseln durchsichtig aussehenden Kugeln haben eine periphere helle und eine etwas getrübte zentrale Partie, in der ein weisses, unregelmässig geformtes, wie embryonal aussehendes Gebilde. Von diesen Kügelchen soll ein dreijähriges Mädchen seit etwa 14 Tagen unter heftigen Leibschmerzen zeitweise 3—4 mal am Tage unter starkem Drang eine ganze Anzahl mit dem Stuhl entleert haben, zuletzt einen ganzen Topf voll. Uns sind zweimal grössere Sendungen bis über hundert zugegangen. Herr Dr. Römer, der die Liebenswürdigkeit hatte, die fraglichen Gebilde zu untersuchen, hielt sie mit grösster Wahrscheinlichkeit für Schneckeneier. Ein Kollege, dem er sie ohne eine Mitteilung über ihre Herkunft um seine Ansicht vorlegte, bestimmte sie als Eier einer Nacktschnecke mit gut entwickelten Larven, und zwar glaubt er, dass die Eier von Limox maximus stammen, aber nicht aus Frankfurt sein können, wo diese Schneckenart nicht vorkommt, sondern aus dem Taunus. Das stimmt damit überein, dass uns die Gebilde aus dem Taunus überschickt wurden. Immerhin bleibt es merkwürdig, wie das gut beaufsichtigte Kind durch längere Zeit grosse Mengen von Eiern schlucken konnte, und dass die Eihüllen und Embryonen vom Darmkanal so wenig angegriffen wurden.

Herr **L. Edinger: Einiges über Krämpfe und Schreibkrampf.**

Das, was wir theoretisch über die Krämpfe bisher wissen, gilt ganz allgemein als sehr unsicher. Es verlohnt sich deshalb wohl, zu untersuchen, ob die neueren Erkenntnisse auf dem Gebiete der Anatomie und Physiologie des Nervensystems die älteren Theorien stützen, oder ob diese nicht mehr haltbar sind.

Wir wissen seit langem, dass Zustände existieren, in denen das Nervensystem leichter als normal zum Krampfe disponiert, dass derlei bei Kindern physiologisch ist und dass auch gewisse Gifte, Strychnin z. B., und Krankheiten, Lyssa, Tetanus, eine solche Disposition setzen können. Dass von jeder Stelle des zentralmotorischen Leitungsweges aus Krämpfe durch Reizung erzielt werden können, auch dass die Muskelkombination sich verschieden gestaltet, je nachdem etwa die Rinde oder ein weiter spinal liegendes Stück des Nerven getroffen wird, das wird allgemein zugegeben. Nicht sicher erscheint dem Vortr., ob Reizung ausschliesslich motorischer Nerven im peripheren Verlaufe zu dauernden Krämpfen führt.

Seit G r ä f e nimmt man an, dass durch Reizung der sensiblen Bahnen Krämpfe entstehen können (Reflextheorie der Krämpfe). Es lässt sich nun zeigen, wie ein dauernder sensibler Reiz zu anfallsweise auftretenden Zuckungen führen kann, wenn man einmal sich auf dem Boden der wesentlich von E x n e r ausgebildeten Theorie stellt, wonach sensible Rezeptionen die motorischen Ganglienzellen erst in erregbaren Zustand versetzen, sie gewissermassen laden, so dass es bei fortdauerndem Reiz zu Entladungen kommen muss. Dass solche Reize keineswegs intensiv zu sein brauchen, das geht aus der von der Physiologie und Pathologie in den letzten Jahren ausgebauten Lehre von der Summation der Reize hervor. Ein schwacher Reiz führt, wenn er nur genügend lange dauert, zu der gleichen Zuckung wie ein kurzer starker. Schwache, langdauernde Reize aber liegen immer vor, wo ein Leiden im Trigeminusgebiet zu Gesichtszucken, oder eine Affektion der Extremitäten zu Zuckungen in diesen führt. Redner bringt hier eine illustrierende Kasuistik und erwähnt namentlich Fälle von klonischen Zuckungen im Kruralis- und in anderen Beingebieten, welche er dadurch zur Heilung brachte, dass er einen bestehenden Plattfuss unterstützte.

Kann so die alte Theorie von den Reflexkrämpfen durchaus weiterhin akzeptiert werden, so erhebt sich die Frage, ob sie auch auf die Beschäftigungskrämpfe Anwendung finden kann. Diese Krämpfe treten nur ein, wenn die Muskelteile, welche zu einer bestimmten Handlung notwendig sind, für diese gebraucht werden, sonst nicht. Es ist bekannt, dass sehr angestrengte Muskeln an ihrem Ansatz, oft auch in ihrem Verlaufe, schmerzhaft werden, wenn uns auch die pathologischen Prozesse, die hier vorgehen, noch unbekannt sind. Um solche aber muss es sich handeln, denn, wie Redner an sich selbst erfahren hat, bleiben die einmal erkrankten Muskeln durch mehrere Jahrzehnte schmerzhaft, selbst wenn nicht mehr mit der Feder geschrieben wird. Fälle von Schreibkrampf, wie sie von den Autoren als die ganz reinen bezeichnet werden, solche, bei denen keine Veränderungen der Muskeln und Faszien nachweisbar sind, sind dem Vortragenden trotz alles Suchens niemals begegnet. Er kommt deshalb zu dem Schluss, dass der schmerzhafte Reiz, welcher beim Schreiben in jenen Muskelpartien einsetzt, die gebrauchten Zellkombinationen abnorm lädt und so bei Fortsetzen des Schreibens zu abnormer Entladung, i. e. Krampf bringt. Diese Auffassung ist von M. B e r n h a r d t für einen Teil der Schreibkrampffälle längst aufgestellt. Der Vortragende glaubt aber, dass es nur solche, durch organische Veränderungen bedingte Schreibkrampfformen gibt.

Die sogen. paralytischen Formen der Autoren wären nach ihm überhaupt vom Schreibkrampf zu trennen und als Schreibangst oder Schreibhemmung zu bezeichnen. Solche kann, psychisch bedingt, sich natürlich auch leicht den Krampfformen zugesellen.

Auch auf diesem Gebiete sind wir also nicht genötigt, durchaus andere Ansichten aufzustellen, es genügt eine geringe Erweiterung der vorhandenen Theorie. Redner bespricht noch die Therapie.

Diskussion: Herr Laquer hätte es lieber gesehen, wenn E. seine alte Theorie von der Schädigung der Zelle auch für die Beschäftigungskrämpfe festgehalten hätte. Schmerzhafte Stellen bei Nervösen würden überall gefunden, nicht bloss an den Armen von Schreibkrampfkranken.

Herr Julius Friedlaender fragt den Vortr., wie es mit seiner Auffassung der rein peripheren Natur des Schreibkrampfes vereinbar sei, dass ein Schreibkrampfleidender, den man links schreiben lernen lasse, oft nach auffallend kurzer Zeit linkerseits ebenfalls an Schreibkrampf erkranke.

Herr Th. Schott hat vor einer Reihe von Jahren sich mit der Frage des Schreib- und Klavierkrampfes beschäftigt und fand häufig Schmerzen in den Muskeln und Nerven in den affizierten Teilen. Zentripetale Massage, Ruhe für einige Zeit, eventuell Elektrizität, haben bei gewissen Fällen Heilung erzielt. In anderen aber lassen alle bisher bekannten therapeutischen Massregeln im Stiche.

Herr Kohnstamm weist im Zusammenhang mit der Summationstheorie Edingers auf das sensible Summationsphänomen Goldscheiders hin.

Herr Laquer frägt an, welche peripheren Prozesse den sensiblen Reiz auslösen, der die Beschäftigungskrämpfe erzeugt.

Herr **Flesch: Aetiologisches zur Appendizitis.**

In den Erörterungen über die Appendizitis zeigt sich für den nicht unmittelbar an der Forschung beteiligten praktischen Arzt ein eigentümlicher Kontrast gegenüber der Art der wissenschaftlichen Bearbeitung vieler anderer Krankheiten. Die auf Empirie sich stützende Therapie steht im Mittelpunkt der Diskussion. Man streitet fast allein über den Vorzug der konservativen oder operativen Behandlung, wobei, dank der sich von Tag zu Tag vervollkommnenden Technik das aktivere Vorgehen den Sieg davon zu tragen scheint. Demgegenüber ist ein klares Ziel der ätiologischen Bearbeitung der Appendizitis — besser sollte man sagen, der unter der Gesamtbezeichnung Appendizitis zusammengefassten Krankheiten des Processus vermiformis — weniger deutlich zu erkennen. Fast scheint es, als müsse man, weil man ja noch trotz aller einschlägigen Arbeiten bezüglich der Aetiologie im dunkeln tastet, auf die zielbewusste Arbeit zur Erreichung einer wirksamen Prophylaxe vorläufig verzichten. Man könnte zu der Ansicht

kommen, dass die Gewöhnung an die lichte Klarheit, welche sich für die Prophylaxe der Infektionskrankheiten aus deren offenliegender Provenienz ergibt, uns von vornherein erlahmen macht, wo die Herkunft der Krankheit ausserhalb des Schemas der bakteriologischen Forschung gelegen ist. Unzweifelhaft ist man bezüglich der Prophylaxe der Appendizitis genügsamer als im Interesse der Sache der Fall sein sollte. Die Heilungsresultate scheinen das zu rechtfertigen: bei oberflächlicher Betrachtung mögen sie ja günstig genug erscheinen: Todesfälle und schwere Komplikationen werden bei rechtzeitigem Eingreifen im akuten Anfall immer seltener; dauernde Heilung bei Intervalloperationen wird fast gefahrlos erzielt. Genügt das aber? Bleibt nicht genug masslosen Unglücks, wo der erste Anfall trotz allen Mühens der Aerzte ein blühendes Leben in wenigen Stunden dahinrafft? Ist es das Ideal einer Heilung, wenn die Gefahr einer Bauchhernie, vielleicht auch nur die Beschwerden der Narbenzerrung als ein dauerndes Erinnerungszeichen an die überstandene Krankheit bleiben? Und sind wir schliesslich in der Beobachtung der erfolgreich operierten Patienten weit genug, um von einer absoluten Sicherheit vor Nachteilen, die aus der Entfernung der Appendix erwachsen können, reden zu dürfen? Es soll sich zwar nur um ein rudimentäres Organ handeln: Ist es denn aber schon so sehr lange her, dass man erkannt hat, wie die Entfernung der ebenfalls für entbehrlich gehaltenen Schilddrüse eine dauernde Schädigung mit sich bringt? Und wäre das auch bei der Entfernung des Wurmfortsatzes ausgeschlossen, bliebe es auch bei einer relativ geringfügigen Verstümmelung nach Ablauf der Krankheit, sei es durch die zurückbleibenden Darmadhäsionen nach konservativer, sei es durch die Bauchnarbe nach operativer Behandlung, das Streben nach einer, die Unvollkommenheit solcher Heilung entbehrlich machenden Prophylaxe wird immer seine Berechtigung behalten. Dazu bedarf es aber der weiteren ätiologischen Aufklärung. Zu dieser durch einige Ueberlegungen bezüglich der künftigen Fragestellung beizutragen, soll hier versucht werden.

Die Frage, ob die appendizitischen Prozesse auf den Einfluss einer von aussen kommenden Noxe, auf eine spezifische Infektion zurückzuführen seien, hat bisher keine positive Beantwortung gefunden. Nicht als ob das eine ursächliche Rolle gewisser Mikroorganismen ausschlösse; eine solche steht anatomisch ausser Zweifel; ich besitze selbst von meiner früheren Assistentin, Frau Dr. Guicciardi Tobler, angefertigte Präparate, welche in dem Wurmfortsatz einer ganz im Beginn eines Rezidivanfalles operierten Patientin bis in die tieferen Wandschichten eingedrungene Streptokokken zeigen. Daraus

geht aber nichts hervor, was eine spezifische Natur der Krankheit bewiese. Gegen eine solche lässt sich aber die grosse Mannigfaltigkeit der Befunde anführen: Kotsteine, Fremdkörper aller Art (Zahnbürstenborsten, Fischgräten, in zwei von mir operierten Fällen je ein Kümmelkorn, Oxyuren u. a. m.) Abknickungen, Ulzera der Schleimhaut. Kontakterkrankung bei Pyosalpinx der rechten Seite usw. Um so mehr Anklang haben die Versuche gefunden, die morphologische Eigenart der Appendix als verantwortlich für deren Neigung zu so mannigfaltigen Störungen zu erklären. Im Sinne dieser Eigenart soll sie ein Organ von abnehmender Vitalität sein, bei welchem eine hochgradige Vulnerabilität fast selbstverständlich erscheint. Besonders blendend in diesem Sinn mögen die geistvollen Ausführungen Metschnikoffs in dessen „Etudes sur la nature humaine“ nach dieser Richtung wirken. Es erscheint mir gegenüber dessen bestechender Argumentation geboten, seine Auffassung einer Prüfung auf ihre Begründung zu unterziehen. Es ist zu erörtern, ob das Auftreten der appendizitischen Erkrankungen sich als ein solches charakterisiert, dass daraus auf eine gegebene konstitutionelle Grundlage, sei es durch erbliche morphologische Veranlagung, sei es durch erworbene konstitutionelle Schwäche infolge der oder jener sozialen, physiologischen oder pathologischen Einwirkungen geschlossen werden dürfe? Ob weiter, wenn eine oder die andere dieser Möglichkeiten — wie ich glaube — bejaht werden sollte, diese konstitutionelle Grundlage in einer Verkümmerung, einer rudimentären Bildung des Organes einen Hintergrund finde? Ob endlich, wenn diese weitere Frage, wie ich glaube, in verneinendem Sinn beantwortet werden muss, sich aus der Anatomie und Physiologie des Organes andere Anhalte für eine pathologische Disposition ergeben, welche sich in prophylaktischer Richtung verwerten lassen?

Eine fortschreitende Verkümmerung des Wurmfortsatzes wird in der hier zu diskutierenden Hypothese vorausgesetzt. Ihr wird die anscheinende Zunahme der Erkrankungen zur Last gelegt. Ob die Appendizitis in den letzten Jahrzehnten wirklich häufiger geworden ist, lässt sich aber trotz der vielfachen Erörterungen über die Frage noch nicht mit Sicherheit sagen. Es könnte damit gehen wie mit der Annahme, dass die Erkrankungen an Karzinom in der Zunahme begriffen seien, bezüglich deren Hansemann gezeigt hat, wie noch immer genügender Spielraum bleibt um trotz aller Fortschritte der Diagnostik jene scheinbare Vermehrung durch das frühere Unbekanntbleiben des Krankheitsprozesses zu erklären. Sollte aber eine Zunahme sich ergeben, so wäre diese bei der Appendizitis angesichts der grossen Wahrscheinlichkeit eines Zusam-

menhanges mit der zunehmenden Häufigkeit der Obstipation — davon wird später mehr zu sagen sein — möglicherweise auch ohne die etwas gewaltsame Annahme einer vor unseren Augen fast im Sprunge sich vollziehenden morphologischen Umgestaltung zu erklären. Zeitweise lässt eine Häufung der Beobachtungen an einem Ort oder in einem relativ kleinen Bezirk an ein epidemisches Auftreten der Krankheit denken — ich habe selbst einmal in meiner Praxis gleichzeitig 12 Fälle gesehen! Nach dieser Richtung wird vielleicht die in Aussicht stehende Veranstaltung einer Enquete durch die preussische Staatsregierung oder die Berliner medizinische Gesellschaft interessantes Material ergeben können. Anscheinend liegen hier Einflüsse der Jahreszeit oder des Lebensmittelmarktes zu grunde. Sicherer aber — und das gibt am meisten Anlass an eine konstitutionelle Grundlage zu denken — lässt sich eine Häufung der Fälle bei Angehörigen einer Familie beobachten, und zwar in einem Umfang der fast zur Annahme einer Familiendisposition, wie sie Eichenbrod für die Diphtherie aufstellen zu müssen geglaubt hat, drängen könnte. [1])

Ein Teil meiner eigenen Beobachtungen scheint geeignet, nach dieser Richtung eine Stütze der Vererbungstheorie zu geben.

1. Frau W., 31 Jahre alt, an Appendizitis gestorben im Jahre 1879. Deren Tochter, Frau H., 36 Jahre alt, wegen Appendizitis im Jahre 1902 im Anfall mit gutem Ausgang operiert. Deren Tochter A., 13 Jahre alt, nach Operation im Anfall gestorben.

2. Herr J., 67 Jahre alt, machte im Januar 1887 eine schwere eitrige Peritonitis mit Durchbruch in das Rektum durch; als Ursache ergibt die 5 Jahre später von Weigert vorgenommene Obduktion abgelaufene Appendizitis mit vollständigem Schwund bezw. nekrotischer Zerstörung des Fortsatzes, der ohne vorangegangene Operation spurlos fehlt. Herr J. hat 3 Kinder, 2 Söhne, eine Tochter; alle 3 leben, zurzeit 50—55 Jahre alt, bisher nicht erkrankt. Dagegen hat

---

[1]) Bei der Disposition zur Diphtherie handelt es sich allem Anschein nach um anatomische Vorbedingungen: es scheint eine eigenartige Bildung der Halsorgane massgebend zu sein, welche sich innerhalb mancher Familien vererbt und nicht nur durch Häufung von Diphtherie, sondern auch anderer Halsaffektionen, z. B. falscher Krupp, zum Ausdruck kommt. Ich kenne selbst solche Beispiele, u. a. in einer Familie B., in der ich im Laufe weniger Jahre bei Kindern dreier Schwestern bezw. Brüder nach Diphtherie die Tracheotomie vornehmen musste, während bei allen Kindern des gesamten Familienkreises jede einfache Laryngitis den Charakter eines schweren Pseudokrupp annahm; ferner eine Familie N., in welcher die enge Bildung der gesamten Rachenwege alle Geschwister und fast alle Kinder derselben betrifft, während sich gleichzeitig eine eigenartige Bildung des Haarwuchses, ein Haarwirbel über der Stirn, als äusseres Stigma zeigt. Analog ist die Beobachtung der Tiermedizin, welche bestimmte Pferderassen wegen ihrer engen Halsbildung als ungeeignet zur Verwendung als Militärpferde erkennen lässt.

der älteste Sohn eine Tochter im 13. Lebensjahre verloren (das bereits im 1. Fall erwähnte Mädchen). Von den 5 Kindern des 2. Sohnes sind bereits 2, ein Sohn im 18., einer im 13. Jahre wegen Appendizitis, der erste im Intervall nach 3 Rezidiven, der andere im 3. Anfall nach Perforation des Wurmfortsatzes mit gutem Ausgang operiert worden. Von den zwei Kindern der Tochter hat eines, ein Sohn zwischen dem 14. und 20. Jahre mehrere ganz leichte, ohne Operation geheilte Anfälle durchgemacht.

3. Von den 7 Kindern eines Herrn H. haben im Laufe von 3 Jahren 3 Appendizitis durchgemacht: ein Sohn im 19. Jahre nach dem 3. Anfall im Intervall operiert; eine Tochter im 14. Jahre hat einen langwierigen, mehrmals rezidivierenden Anfall unter konservativer Behandlung überstanden, leidet aber noch zeitweise an Schmerzen; ein Sohn ist vor wenigen Monaten im 12. Jahre im Anfall bei Empyem des Proc. vermiformis mit gutem Ausgang operiert worden.

4. Von 4 Kindern der Familie E. (2 Söhne, 2 Töchter) kamen im Laufe des Jahres 1905 beide Knaben, der eine 15, der andere 12 Jahre alt, im Anfall zur Operation, der jüngere im 2. Anfall bei Abknickung des Fortsatzes durch Adhäsionen aus der ersten Attacke nach bereits begonnener Peritonitis, der ältere bei Empyem; Ausgang in beiden Fällen gut.

5. Von 9 Kindern der Familie C. aus X. leben zwei von 4 Töchtern, die eine zur Zeit der Erkrankung an Appendizitis 28, die andere 30 Jahre alt, verheiratet in Frankfurt. Beide mussten im Jahre 1902 im Zwischenraum von 6 Wochen wegen Perforationsperitonitis durch Kotsteine im Wurmfortsatz operiert werden. Ausgang in beiden Fällen gut. Bei den Geschwistern, welche an verschiedenen Orten leben, ist Appendizitis bisher nicht beobachtet worden.

Es wäre mir leicht, die Zahl solcher Beobachtungen gehäuften Vorkommens in ein und derselben Familie zu vermehren; die hier zusammengestellten, welche weiterhin zur Illustration der Erörterung dienen sollen, stammen mit Ausnahme des ersten Falles in der ersten Reihe aus meiner unmittelbaren Beobachtung. Aufgabe der Erörterung wird nun zunächst sein müssen, zu prüfen, inwieweit die Häufung der Fälle jedesmal als Ausdruck einer Familienanlage auf erblicher Grundlage, inwieweit sie vielleicht nur als Ausdruck eigenartiger Lebensverhältnisse angesehen werden müsse.

Als Anzeige einer familiären Veranlagung scheinen die beiden ersten Reihen besondere Evidenz zu bieten; in der einen Vorkommen der Erkrankung in 3 aufeinanderfolgenden, in der anderen in 2, durch eine bisher frei gebliebene getrennten, Generationen („überspringende Vererbung“) unter scheinbar besonders deutlichem Hervortreten der erblichen Anlage durch das Betroffensein aller Familien der 3 Generationen. In den anderen Beobachtungen lässt sich von vornherein neben der familiären Veranlagung das Bestehen des Einflusses der gleichartigen Lebensverhältnisse, wie sie ja innerhalb eines Kreises zu walten pflegen, in Frage ziehen, so Neigung zu Obstipation,

gewisse Eigentümlichkeiten der Lebensweise, verhältnismässig früher Alkoholgenuss bei reichlicher Fleischkost bei den unter 3 und 4 angeführten Fällen. Noch mehr aber führt uns eine genauere Betrachtung der 5. Gruppe dazu, den äusseren, gleichartigen Verhältnissen eine grössere Bedeutung als der Verwandtschaft beizumessen. Die erkrankten Schwestern gehören zu 9 Geschwistern, teils Söhnen, teils Töchtern, von welchen 7 an anderen Orten leben. Weder bei den Eltern, noch bei einer dieser 7 Personen soll bisher Appendizitis vorgekommen sein. Dagegen sind die hier in Betracht kommenden beiden Frauen in Frankfurt, wo sie seit etwa 10 Jahren lebten, ganz kurz nacheinander an der gleichen Form der Appendizitis erkrankt. Hier drängt sich doch geradezu die Frage auf, ob nicht den örtlichen Verhältnissen eine ätiologische Bedeutung beigemessen werden müsse? Welcher Art diese sein können, wird später zu prüfen sein. Und wenn wir so gegenüber dem

Stammbaum 1.

Zu Beobachtung 1. Appendizitis (●) in 3 aufeinanderfolgenden Generationen. × Frankfurt a. M.

Stammbaum 2.

Zu Beobachtung 2. Appendizitis (●) in 2 durch eine frei gebliebene getrennten Generationen. × Frankfurt a. M.

Stammbaum 3.

Zu Beobachtung 2. Appendizitis (●) in der nach Frankfurt a. M. fallenden Familienreihe der Beobachtung. 2. Ergänzung durch den Stammbaum mütterlicherseits zu den 4 Enkelkindern in Fall 2.

Moment der familiären Veranlagung ein anderes finden, das geeignet scheint, die unleugbare Tatsache der gelegentlichen Häufung der Krankheit innerhalb eines, den gleichen Lebensbedingungen unterstehenden Kreises, wie es die Familie ja wohl in der Regel ist, zu erklären, so ist es jetzt vor allem geboten, die beiden ersten, scheinbar so evident im Sinne einer familiären Anlage sprechenden Reihen einer weiteren Analyse zu unterziehen. Diese Analyse, die hier aus zufälligen Gründen vielleicht genauer als anderwärts möglich ist, ist nun allerdings sehr geeignet, die scheinbare Evidenz der Beobachtung abzuschwächen. In der ersten Reihe sehen wir die Krankheit in drei sukzessiven Generationen. Nun gehören aber zu der ersten Generation (Stammbaum 1) ausser der an Appendizitis gestorbenen Frau noch 4 Geschwister, von welchen zwei heute noch hochbetagt leben, zwei andere im Alter von ca. 54 und 70 Jahren gestorben sind, alle ohne Appendizitis gehabt zu haben. Der folgenden Generation gehören 8 Köpfe an; der einen von der Krankheit befallen gewesenen stehen sechs, bisher verschont gebliebene Personen im Alter von ca. 30—40 Jahren gegenüber. Ein Kind ist ganz jung (an Diphtherie so viel ich weiss) gestorben. Aus der 3. Generation leben, nachdem ein junges Mädchen im 13 Jahr an Appendizitis gestorben ist, noch 10 Kinder im Alter von ½—18 Jahren. Die Erkrankungen betreffen also 3 von 24 Personen. Zwei der Krankheitsfälle fallen aber auf 5 in Frankfurt lebende Personen, diese beiden wieder in demselben Jahr auf Mutter und Tochter, durch wenige Monate getrennt und beidemale in Zeiten, in welchen die Krankheit auffällig gehäuft auftrat; fällt doch z. B. die Erkrankung der Tochter zufällig mit den beiden Fällen der 5. Reihe unmittelbar zusammen.

In der zweiten Beobachtungsreihe fallen die Erkrankungen auf unter insgesamt 6 Personen aus zwei, durch eine frei gebliebene, getrennten Generationen. Die ältere Generation bestand aus 8 Geschwistern, die ein Alter von 34—84 Jahren erreicht haben. Von 5 Erkrankungsfällen der späteren Generation betreffen 4 die Enkel des einzigen aus jener ersten erkrankten Mannes. In der nächsten, von Appendizitis freien Generation handelt es sich um 18 Personen, von welchen 13 im Alter von ca. 40—70 Jahren noch leben. Der 3. Generation gehören 39 noch lebende Personen, im Alter weit auseinander, von der ersten Kindheit bis zu ca. 35 Jahren an. Gestorben sind ausserdem 5, davon das eine mehrerwähnte Kind im 13. Jahr an Appendizitis, die anderen an Herzkrankheit, Tuberkulose (2), tödlichem Unfall. Von den insgesamt 5 von Appendizitis betroffenen Gliedern dieser Generation treffen 3 auf Frankfurt, davon zwei auf zwei Brüder, in kurzem Zwischenraum je einer auf

Berlin und auf Mannheim; die Zahl der in Berlin und Frankfurt lebenden ist ungefähr die gleiche. Die Prüfung beider Reihen zeigt also das Ergebnis, dass die hypothetische Erblichkeit jedenfalls überwiegend bei einer relativ kleinen Gruppe der Deszendenz zum Ausdruck gelangt ist (je nachdem man das 13 Jahre alte Mädchen der einen oder der anderen Reihe zurechnen will, in der einen 2 bezw. 3 von 22, in der anderen 4 bezw. 3 von 70 Personen). Auffälig ist aber bei der Verteilung der in die Statistik fallenden Familien über eine ganze Reihe von Städten, dass beidemal die in Frankfurt lebenden Familien das Hauptkontingent stellen, dass diese ferner in einer relativ kurzen Zeitperiode einander folgen.

Die Prüfung des hier behandelten Materiales ist mindestens nicht geeignet, für die Auffassung der Appendizitis als Folge eines morphologischen Degenerationszustandes, die sich in der Häufung der Erkrankungen in erblicher Steigerung äussert, als beweisend zu gelten. Besteht nun aber überhaupt ein solcher Degenerationszustand am Wurmfortsatz?

Welches sind denn die Anzeigen morphologischer Rückbildung, auf Grund derer ein anderwärts aktives Organ als im Schwinden, als der Degeneration verfallen bezeichnet werden kann?

Man ist mit der Bezeichnung als „Rudimentärorgan" lange Zeit allzu freigebig gewesen. Es war ja infolge der beispiellos schnellen Umgestaltung der früheren biologischen Auffassungen unter dem Einflusse der D a r w i n schen Beleuchtungsweise ein mächtiger Anreiz gegeben, für jede bis dahin unaufgeklärte Tatsache Licht aus der neuen Lehre zu entnehmen. Jedes Organ, für das man eine physiologische Betätigung im Sinne seiner ursprünglichen morphologischen Anordnung vermisste, wurde nun als morphologisches Restgebilde, als Rudimentärorgan „erklärt". Manche dieser dem künftigen gänzlichen Verschwinden überwiesenen Bildungen ist dann später, unter dem Einfluss fortschreitender Erkenntnis, wieder in die Reihe der funktionierenden Organe eingerückt. Gemeinsam ist allen echten Rudimentärorganen die Irregularität ihres Erscheinens bei verschiedenen Individuen einer Art. Ich erinnere an die Ungleichheit der kaudalen Segmente der Wirbelsäule, an die ungleiche Grösse des rudimentären J a c o b s o n schen Organes an der Nasenscheidewand des Menschen, vor allem aber, um eines der von M e t s c h n i k o f f besonders hervorgehobenen Beispiele heranzuziehen, an die grossen Schwankungen in der Ausbildung der Weisheitszähne. Eine kausale Beziehung der Häufigkeit der appendizitischen Erkrankungen zu einer Verkümmerung des Wurmfortsatzes im Sinne eines Rudimentärorganes müsste danach doch so zum Ausdruck gelangen, dass

die Erkrankung besonders an wenig entwickelten, „rudimentären“ Appendizes beobachtet würde. Das ist aber keineswegs der Fall. Im Gegenteil findet man auffällig oft den erkrankten Fortsatz unerwartet lang, selbst wenn man die Fälle ausser Betracht lässt, in welchen Ueberdehnung durch verhaltenes Sekret oder Eiter täuschen könnte.[2])

Ueberdies finden wir aber im Aufbau des Wurmfortsatzes wie er an frisch im Beginn der Krankheit exstirpierten Organen fast besser als an Leichenmaterial studiert werden kann, keinerlei Zeichen, dass es sich um ein auf embryonalem Standpunkt zurückgebliebenes Gebilde handle. Der Wurmfortsatz besteht aus einem Schleimhautsack, dessen Wand zylinderepithelführende Drüsenschläuche, zwischen welchen sich Lymphfollikel eingelagert finden, zusammensetzen. Dieser Drüsenapparat ist eingeschlossen von einer Muskelwand mit keineswegs etwa im Schwinden begriffener, sondern mit sehr mächtiger, in Längs- und Querschicht regelrecht differenzierter Faserung. Bei den Operationen hat man ausgiebige Gelegenheit, dieses Muskelsystem an der Arbeit zu sehen. Seine Kontraktion bewirkt, dass der Operateur schon nach der kurzen Zeit bis zu der Beendigung der Operation, nach deren Ablauf er dazu kommt, den Fortsatz aufzuschneiden, ihn nur noch halb so lang findet, wie im Augenblick der Eröffnung der Bauchhöhle. Die Härte des zur mikroskopischen Untersuchung vorbereiteten Organes stellt uns durch die Sprödigkeit der starken Muskelschicht vor eine manchmal recht schwere technische Aufgabe am Zelloidinpräparat. Schon diese kräftige Beschaffenheit der Muskelschicht sollte uns Beweis genug sein, dass der Wurmfortsatz ein kräftig funktionierender und keineswegs ein obsolet gewordener Darmabschnitt ist. Ziehen wir doch die Parallele mit einem anderen, tatsächlich zum Rudiment gewordenen epithelialen Schlauch, dem bereits erwähnten J a c o b s o n schen Organ der Nasenscheidewand des Menschen: Der Epithelschlauch ist da als kleiner, vielleicht noch eben für eine dünne Sonde passierbarer, vielleicht 1 cm langer Gang vorhanden. Aber die Nebenbestandteile aus dem mittleren Keimblatt, die Knorpel, pflegen zu fehlen. Gerade die mächtige Erhaltung des Hilfsapparates, der die Entleerung des Schlauches unter normalen Bedingungen sichernden Muskel-

---

[2]) Die Beurteilung der Grösse des Wurmfortsatzes bedarf grosser Vorsicht. Ausser dem Füllungszustand kann subseröse Fettanhäufung oder entzündliches Oedem von Einfluss sein, letzteres besonders bezüglich der Dicke des Organes, dessen Durchmesser ich bei entzündlichem Oedem bis auf 2 cm habe anschwellen sehen. Auch das Mesenteriolum unterliegt dadurch grossen Schwankungen seiner Dicke.

schicht beweist aber doch aufs evidenteste die Aktivität des Organes [3]). Wie kräftig seine Muskeln arbeiten, erhellt in vivo aus der Schmerzhaftigkeit ihrer Kontraktionen, wo Verschluss des Lumens die Entleerung eines Empyem des Prozessus verhindert. Ich halte es für irrig, wenn Metschnikoff das bei älteren Leuten oft zu beobachtende Obliterieren des Lumen der Appendix als Beweis für deren Degenerationszustand anführt. Derartige Befunde sind unzweifelhafte Residuen früherer oder noch dauernder pathologischer Vorgänge. Darin muss ich den das Gegenteil behauptenden Ausführungen — auch unser trefflicher Frankfurter Pathologe, der Direktor des Senckenbergischen pathologischen Institutes, Prof. Dr. Albrecht, hat mir gegenüber die hier bekämpfte Anschauung vertreten — widersprechen; ich habe selbst noch unlängst in einem Falle, in welchem ich nach jahrelangem Leiden die Resektion der Appendix erfolgreich vorgenommen habe, absolut keinen anderen Befund als die Obliteration des Lumen, etwa in der Mitte der Länge des Organes, feststellen können. Die jetzt bereits fast 2 Jahre anhaltende Befreiung der Patientin von ihren Schmerzen schliesst jeden Irrtum aus. Das am meisten für die gegenteilige Auffassung Metschnikoffs massgebende Argument, dass keinerlei Störungen nach der Entfernung der Appendix eintreten, scheint mir nicht beweiskräftig. Es geht meines Erachtens daraus höchstens hervor, dass die ausfallende Funktion des Organes irgendwie einen Ersatz findet. Ganz abgesehen davon, dass es noch an genügender Beobachtung darüber zu fehlen scheint, ob nicht später vielleicht andere pathologische Prozesse — etwa ulzeröse oder karzinöse Zerstörungen im Bereich des Kolon oder der Ileozoekalklappe — einen unerwünscht günstigen Boden finden könnten.

Verneint man die Auffassung der Appendix als rudimentäres oder in regressiver Metamorphose befindliches Organ, so darf man dem Versuch nicht ausweichen, ihm eine aktive Deutung im Getriebe des Organismus zuzuteilen. Eine solche ist aber auch dann recht gut denkbar, wenn wir von dem Standpunkt ausgehen, dass der Wurmfortsatz das Produkt einer Umwandlung des freien Endes der Blinddarmanlage durch quantitatives Zurückbleiben gegenüber dem als Blinddarm bleibenden Teile sei. Das von Dohrn in die Erörterung morphologischer

[3]) Gerade die Reduktion der Längsschicht der Muskularis des Kolons auf die 3 Tänien scheint mir eine der besten Stützen für die geistvollen Ausführungen Metschnikoffs, welche in dem erwähnten Werk „Etudes sur la nature humaine" als Beleg für eine regressive Metamorphose des ganzen Kolon vorgetragen werden, abzugeben, während die Erhaltung der Muskulatur in dem ganzen Umfange des Processus vermiformis dessen Aktivität beweist.

Fragen eingeführte Prinzip des „Funktionswechsels" gibt uns den Wegweiser. Die anatomische Umgestaltung ist Folge der Uebernahme neuer Funktionen. Während der mächtig entwickelte Blinddarm bei den morphologischen Vorfahren des Menschen ein Organ darstellt, welches wesentlich der Ermöglichung gewisser Gärungsvorgänge bei längerem Verweilen der Ingesta in seiner Brütwärme dient, gestaltet sich dieser beim Menschen zur Appendix gewordene Darmabschnitt zu einer dem Verdauungsapparat anhaftenden Drüsenröhre, die, ebenso wie der Gallengang und der pankreatische Gang der zur Beherbergung von Darminhalt erforderlichen Eigenschaften verlustig gegangen ist. Dieser Verlust erklärt ihre Vulnerabilität. Den Nutzen eines solchen Drüsenanhanges lässt vielleicht seine topographische Beziehung zu der Ileozoekalklappe verstehen. Eine besondere Sekretversorgung für diese, einer erhöhten Reibung ausgesetzte Stelle, an der überdies der Darminhalt eine plötzliche Aenderung in seiner Bewegungsrichtung erfährt, entbehrt sicher nicht des teleologischen Sinnes. Ihr Analogon findet sie an der einzigen ähnlich komplizierten Stelle des Darmkanales, an der Pylorusklappe, hinter welcher ebenfalls ein besonderer sezernierender Apparat, die Brunerschen Drüsen, angeordnet ist. Erhält so aber der Wurmfortsatz eine etwa den Schleimdrüsen der Mundhöhle vergleichbare Rolle, dann eröffnen sich weitere Parallelen für die Beurteilung des Verlaufes sich darin abspielender pathologischer Prozesse.

An solchen Parallelen fehlt es nun tatsächlich nicht. Das Eindringen von Fremdkörpern in den Ausführungsgang, die Bildung von Konkrementen aus in dem Gang sich stauenden Sekreten der Drüsen, die Neigung zur Fortleitung von Infektionen von der Schleimhautoberfläche mit nachfolgender Abszessbildung, sind sie nicht das Wesentliche der appendizitischen Prozesse?: Eindringen von Fremdkörpern: unlösliche Bestandteile des Darminhaltes, Pflanzenfasern, Fischgräten, Kümmelkörner, Borsten von Zahnbürsten, Oxyuren. Alle diese als Grundlage sich bildender Kotsteine. Sekretanhäufungen: einfache Schleimretention hinter Abknickungen; Eiterbildung durch sekundäre Infektion, sei es nach ulzerösen Prozessen, sei es nach entzündlicher Reizung von aussen her, z. B. bei eiterigen Entzündungen der weiblichen Adnexe oder des Vas deferens infolge von Gonorrhöe. Nachfolgende Abszessbildung: Invasion der verschiedensten Eitererreger, Staphylokokken, Streptokokken, Bacterium coli, alle diese bei geeigneten Fällen in verschiedene Tiefen zu verfolgen, sei es in der Mukosa, in der Muskelwand, im Peritonealüberzug mit den bekannten verderblichen Ausgängen der Perforation und Gangrän. Sehen wir von der allein eigenartigen, durch die Topo-

graphie bedingten, von aussen fortgeleiteten Infektion bei Adnexerkrankungen ab — ich habe sowohl den Verlauf seit der ersten gonorrhoischen Infektion bis zur operativen Heilung durch Ausschälung des in Verwachsungen eingebetteten Fortsatzes bei Frauen als nach Epididymitis und Funiculitis spermatica in einem Fall beim Manne erlebt —, so ist der Parallelismus zwischen akuter Appendizitis und akuten, infektiösen Drüsenentzündungen unverkennbar. Die grössere Gefährdung bei Appendizitis erklärt sich aus der Topographie einerseits, aus der besonders naheliegenden Infektion mit den Darmbazillen andererseits. Aber das eigentliche Bild der Entzündung kommt doch ganz auf das der akut entzündeten Drüse heraus: plötzlicher Zerfall des Gewebes, wie man ihn auch bei anderen Drüsen sich rapid vollziehen sieht, schneller als bei anderen Geweben, vielleicht infolge der Fermentwirkung der eigenen Sekrete. Ich erinnere nur an die in unglaublich kurzer Zeit unter heftigstem Fieber, unerträglichem Schmerz und kolossaler Schwellung sich vollziehende eiterige Parotitis nach Streptokokkeninfektion des S t e n o n schen Ganges; an die rapiden Zerfallsprozesse bei eitriger Pankreatitis, an die Erscheinungen der an Cholangitis sich anschliessenden Zerfallsprozesse der Leber. Ueberall dort ist, wie im Wurmfortsatz, die Stauung des Sekretes durch entzündliche Schwellung der Schleimhaut des Ganges ein die Schwere des Prozesses begünstigendes Moment. Bei dem Wurmfortsatz kommt die Eigenart der Gefässversorgung, welche durch Abknickung bei entzündlicher Schwellung das Eintreten der Nekrose begünstigt, in Betracht. Alle diese Tatsachen sind bekannt. Es schien mir nur wichtig, sie rekapitulierend heranzuziehen, um die Eigenart des Wurmfortsatzes als sezernierende Drüse durch den Vergleich auch bei seinen Erkrankungen hervorzuheben.

Mit dieser Auffassung wird man aber auch vielleicht zu der Frage der Möglichkeit eines prophylaktischen Vorgehens Stellung nehmen können. Allerdings müsste man in dieser Richtung noch zu der Frage Stellung nehmen, ob die Appendizitis in den letzten Jahrzehnten häufiger geworden sei als früher oder ob nur eine bessere Diagnostik sie häufiger zur Feststellung bringe? Die Statistik lässt uns vorläufig im Stich. Es wäre, wie bereits oben hervorgehoben ist, nicht undenkbar, dass eine exakte Untersuchung, wie die H a n s e m a n n s über die Häufigkeit der Karzinome, in ähnlicher Weise zu dem Schlusse führen würde, wie bezüglich der vermuteten Zunahme des Karzinoms: der Spielraum, der bei Vergleichung der im Leben erkannten und der durch die Obduktion festgestellten Fälle bleibt, ist noch gross genug, um selbst eine noch weiter gehende Zunahme als eine scheinbare erkennen zu lassen. Aber

es gibt doch Beobachtungen, welche eine Zunahme der Krankheitsfrequenz zu ergeben scheinen. Es wird, soviel ich wenigstens weiss, allseitig anerkannt, dass die appendizitischen Erkrankungen vielfach, anscheinend in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle, bei Individuen auftreten, welche zu Obstipation neigen. Auch darin scheint Uebereinstimmung zu bestehen, dass die Krankheit relativ häufiger in den wohlhabenden Klassen, mit blander, ballastarmer Ernährung auftritt, als in den mit gröberer Kost genährten Proletarierfamilien. Immerhin ist aber auch in den minderbemittelten Schichten die Häufigkeit der Obstipation allem Anschein nach im Zunehmen; das beweist die dem Praktiker sich aufzwingende Notwendigkeit, tagtäglich auch in der Kassenpraxis Mittel gegen Obstipation zu verordnen; dafür spricht der materielle Erfolg aller derer, welche mit Geheimmitteln auf das Bedürfnis der grossen Masse nach Purgantien spekulieren. Auf der anderen Seite ist unverkennbar eine Abnahme der mit Durchfällen verbundenen Krankheiten, Typhus, Cholera, Ruhr, nach meinen persönlichen Erfahrungen auch der gewöhnlichen Cholerinen und Kinderdiarrhöen; die Assanierung der Grossstädte, die fortschreitende Belehrung haben diese Krankheiten in den besser situierten Familien fast restlos verschwinden lassen. Für einen Zusammenhang zwischen geminderter Darmsekretion und Appendizitis nach der hier angedeuteten Richtung liesse sich wohl auch die Beobachtung an „schweningernden" Personen, auf welche mich der verstorbene Kollege Reinhard v. d. Velden aufmerksam gemacht hat, anführen; Steinbildungen aller Art lassen sich bei dieser künstlichen Austrocknung des Körpers auffallend häufig konstatieren. v. d. Velden hat als frappantes Beispiel 3 nach Schweningerkuren gleichzeitig von ihm an solchen Affektionen behandelte Frankfurter Kollegen angeführt. Ich selbst habe noch in jüngster Zeit Gelegenheit gehabt, gleichzeitiges Auftreten von Gallensteinen und Appendizitis unter solchen Umständen zu konstatieren.

Sind die hier mitgeteilten Erwägungen richtig, so ergibt sich aber die Nutzanwendung für die Prophylaxe, soweit der Obstipation eine ätiologische Bedeutung zuerkannt wird. Aber nicht ein Ruf nach neuen Purgantien darf daraus abgeleitet werden. Das Mittel muss auf physikalisch-diätetischem Weg gesucht werden; doch soll hier auf die Therapie nicht eingangen werden. Nur darauf möge vom ätiologischen Standpunkt hingewiesen sein, dass gerade das Land der überwiegenden Fleischernährung, England, auch in der Häufigkeit der Appendizitis an der Spitze zu stehen scheint, wie der dort aufgetretene Gedanke der Schaffung eigener Versicherungen gegen Appendizitis beweist.

In der Betonung der Notwendigkeit, auf diätetischem Wege durch Anregung der Darmfunktionen dem Auftreten der Appendizitis vorbeugend entgegenzuwirken kann ein praktisches Ergebnis der theoretischen Erwägungen gesehen werden. Mag das auch wenig, mag es Treppenweisheit sein — es ist immer noch mehr, als wir aus der Degenerationstheorie für die Praxis erwarten können. Diese könnte höchstens in der prophylaktischen Entfernung des Wurmfortsatzes beim Kind eine praktische Wirkung zeitigen. Um das zu rechtfertigen, müsste aber denn doch mehr Beweismaterial vorliegen. Wir glauben vollberechtigt zu sein, der Degenerationstheorie die eines aktiven Funktionierens des Processus vermiformis gegenüberzustellen. Die Häufung der Krankheit in einzelnen Familien ist uns der Ausdruck der Tatsachen, welche die Appendizitis als Folge der allgemeinen Lebensverhältnisse erscheinen lassen. Das hereditäre Moment wird daneben unzweifelhaft unter gleichen Lebensbedingungen insoweit zur Geltung kommen, als es den Ausdruck einer anatomischen Familiendisposition darstellt, auf Grund deren grössere Längenentwicklung, schlaffere Gekrösbildung, eine Schwäche des Organs bewirken. Eine Ursache aber für die Appendizitis muss auf funktionellem Gebiet gesucht werden.

Ordentliche Sitzung vom 5. November 1906.

Vorsitzender: Herr E. Cohn.
Schriftführer: Herr J. Rosengart.

Der Vorsitzende teilt mit, dass auf die Eingabe des Vereins betr. die Neuregelung der Aufnahmebedingungen der Patienten der 2. Verpflegungsklasse im Städtischen Krankenhaus von der Anstaltsdeputation des Magistrats die Antwort eingegangen sei, dass durch Beschluss der städtischen Behörden die Angelegenheit bereits erledigt worden sei.

2. Unterzeichnet von 10 Mitgliedern des Vereins ist an den Vorstand ein Antrag eingegangen:

„Der Ae. V. wolle an den Magistrat der Stadt Frankfurt die Bitte richten, das im Städtischen Krankenhaus bestehende chemisch-physiologische Laboratorium den Aerzten der Stadt durch Einrichtung einer patho-chemischen Untersuchungsstelle nutzbar zu machen in ähnlicher Weise, wie das Dr. Senckenberg sche pathologisch-anatomische Institut und das Kgl. Institut für experimentelle Therapie zur Vornahme von morphologischen bezw. bakteriologischen Untersuchungen für die Aerzte der Stadt eingerichtet sind."

Dieser Antrag wird ohne Debatte einstimmig angenommen.

Ein Herr Herm. Creutzer ruft in einem Schreiben an den Vorstand des Aerztlichen Vereins diesen zu einer Aktion auf gegen die durch ihren Geruch und den Staub die Luft der Stadt verpestenden und verschlechternden Automobile.

Herr **Roth**-Usingen stellt einen 72 jährigen Mann vor, bei dem er vor einem halben Jahre die **transvesikale Prostatektomie** wegen chronischer kompletter Retention bei Prostatahypertrophie ausgeführt hat. Er spricht zunächst über die Indikationen zur Operation, die auch nach der Kulturstufe, dem sozialen und hygienischen Milieu sich richten müssten. Der Katheterismus war, nachdem er 4 Wochen von dem behandelnden Kollegen ausgeführt worden war, sehr schwierig, da die Urethra in ihrem oberen Teil, wie sich nachher bei der Operation ergab, durch die hypertrophischen linken Seiten- und Mittellappen nach rechts verdrängt war.

Operiert wurde mit suprasymphysärem Bogenschnitt in Beckenhochlagerung. Medianschnitt der Blase. Pars prostatica der Urethra weit. Klappenverschluss durch den wulstigen Mittellappen. Dieser, sowie der linke Seitenlappen teilweise, wird entfernt, ein Rest am Urethralrohr stehen gelassen. Etagennaht der Blase und der Bauchdecken. Drain zur Blasennaht. Verweilkatheter.

Es handelte sich um die Form der sog. weichen Hypertrophie.

Bei der Nachbehandlung wurde, im Gegensatz zu anderen Operateuren, permanente Heberdrainage der Blase mit niedriger Fallhöhe angewandt. Heilung p. p., kompliziert durch eine Pneumonie. Bei Stockung des Drainagestroms, was sich in den 2 ersten Tagen ereignete, trat jedesmal Schüttelfrost ein.

Nachuntersuchung ½ Jahr p. op. ergab: Guter starker Harnstrahl, Kontinenz, kein Residualharn, feste Narbe; volle frühere Arbeitsfähigkeit.

Diskussion: Herr Friedrich Straus frägt an, welcher Art das von Herrn R. als neu bezeichnete Prinzip im Anlegen bezw. in der Ableitung des Verweilkatheters sei. Nach den Ausführungen des Herrn R. könnte man glauben, er leite in die Luft ab. Davor ist zu warnen. Die Blase des Prostatikers hat die Eigenschaft zu aspirieren. Auch die des Operierten. Am zweckmässigsten halte ich die Urinableitung durch Verweilkatheter in ein auf dem Boden am Fussende des Betts befindliches Gefäss. Dabei ist die gleichzeitige Heberwirkung von Wert.

Herr Roth erwidert, dass er wohl nicht ganz richtig verstanden sei. Die Drainage sei in ein 20 cm unter dem Blasenniveau stehendes, mit Borlösung gefülltes Gefäss geleitet worden. Hierauf eben lege er Wert, weil nur dadurch ein kontinuierlicher gründlicher Abfluss von Sekret und event. infektiösem Harn ermöglicht werde. Die Schleimhaut des Collum vesicae (Waldeyer) habe er fortlaufend genäht. (Herr L. Rehn: Mit Katgut?) Ja, mit Katgut; die teilweise Exstirpation des linken Seitenlappens habe er deshalb vorgenommen, weil ein Grund zu weiterem Vorgehen nicht bestand, da ja die Passage vollkommen frei war.

Herr **Bolt:** Demonstration pathologisch-anatomischer Präparate:

1. **Phthisis renalis. Nephritis caseosa. Miliare Tuberkulose der Niere.**
2. **Echinococcus unilocularis der Leber.**
3. **3 Fälle von chronischer Zystitis und aszendierender Pyelonephritis.** 1 mal bei Diabetes, 2 mal bei Tabes dorsalis.
4. **Blasenkarzinom.** Histologisch: **Uebergangsepithelkarzinom.**
5. **Ruptur der hinteren Blasenwand.** Tod an diffuser Peritonitis. Dilatation und chronischer Katarrh der Blase, Retentio urinae bei Retroflexio uteri gravidi (3. Monat) Längsriss in der dünnen hinteren Blasenwand 1½ cm lang an der Schleimhautfläche, 2½ cm lang an der Aussenfläche der Blase.
6. **Chronische ulzeröse und stenosierende Proktitis, Periproktitis und Sigmoiditis bei Lues** (30 jährige Frau).
7. **Verletzung der Vorderwand und des Septums der rechten Herzkammer im Anfang des Conus pulmonalis.** Herznaht. Geringe Thrombenauflagerung an der Innenfläche des rechten Ventrikels. Akute serofibrinöse Perikarditis.

Herr **Treupel:** M. H.! Ich möchte den grossen Wert hervorheben, den für uns die Rektoskopie in dem eben demonstrierten Fall von allgemeiner **Amyloidose im Anschluss an luetische strikturierende und ulzerierende Proktitis und Sigmoiditis** gehabt hat. Man konnte bis zu 8 cm tief ohne jede Belästigung für die Patientin mit dem Rektoskop vordringen, die Schleimhaut genau besichtigen und weiter oberhalb die Striktur, die das Lumen bis auf Gänsekieldicke

verengt hatte, erkennen. Ich habe ja schon des öfteren in Fortbildungskursen Gelegenheit genommen, die Rektoskopie zu demonstrieren und auf ihren hohen diagnostischen Wert hinzuweisen. Wir haben sie in den letzten Jahren regelmässig in allen geeigneten Fällen angewendet und sind sehr häufig bis zu einer Tiefe von 25 ja 28 cm im Rektum und weiter aufwärts vorgedrungen. Weder die Untersuchung an sich, noch auch die dazu notwendige Lagerung des Patienten, die Kniebrustlage, ist von nennenswerter Belästigung für den Kranken; selbst ältere Patienten bis zu 70 Jahren haben mir versichert, dass die Untersuchung und Lagerung leicht auszuhalten gewesen wäre. Der Vorteil dieser Untersuchungsmethode, wobei man sich die Schleimhaut im Rektum und bis zur Flexura sigmoidea hinauf Millimeter für Millimeter einstellen und besichtigen kann, liegt auf der Hand. In unserem Fall, in dem die Diagnose zwischen Lues und Karzinom schwankte, hat sie uns über die Natur und grosse Ausdehnung des Prozesses wertvollen Aufschluss gebracht.

M. H.! Der zweite Fall von **Ruptur der Harnblase bei Gravidität des retrovertierten Uterus rechtfertigt** wegen seines lehrreichen Verlaufs eine etwas ausführlichere klinische Besprechung. Das 27 jährige Mädchen, um das es sich hierbei handelt, hatte das Hospital wegen wehenartiger Schmerzen im Unterleib aufgesucht und war, nachdem diese Beschwerden verschwunden waren, gegen unseren Willen ausgetreten. Die Untersuchung während dieses ersten Aufenthaltes hatte das Vorhandensein einer Gravidiät im 4. Monat und das Bestehen eines leichten Blasenkatarrhs ergeben. Der Harn war bei ihrer Entlassung klar und eiweissfrei.

Etwa 36 Stunden nach ihrer Entlassung wurde das Mädchen mit allen Zeichen des Kollapses und einer beginnenden Peritonitis wieder eingeliefert. — Sie hatte draussen die meiste Zeit wegen heftiger Schmerzen zu Bett gelegen und hatte einmal erbrochen. Das Abdomen war stark aufgetrieben, äusserst druckempfindlich und ergab im oberen Teil lauten tympanitischen Schall, in den seitlichen und mittleren unteren Partien Dämpfung und deutliche Fluktuation. Es wurde sofort katheterisiert und nahezu 3 Liter Harn aus der Blase entleert. Wir standen zunächst ganz unter dem Eindruck, dass eine Ruptur, sei es nun der Uterus oder die Blase, mit beginnender Peritonitis vorliege und schlossen nun nach der Entleerung so reicher Harnmengen die Ruptur der Blase aus. Der sofort zugezogene Gynäkologe (Prof. Sippel) bestätigte unsere Auffassung und entleerte durch nochmalige Katheterisation 600 ccm Harn, der sehr getrübt, leukozyten- und eiweissreich war. Sippel stellte die Diagnose auf Inkarzeration des retrovertierten graviden Uterus mit Ueberdehnung der Blase. Durch häufige Katheterisation wurden am nächsten Tage im ganzen noch 2650 ccm Harn entleert, und da an diesem Tage die Temperatur zum ersten Male auf 37,8 stieg und alle Massnahmen, den reponierten Uterus in der richtigen Lage zu erhalten, umsonst waren, so wurde für den folgenden Tag die Laparotomie in Aussicht genommen. In der Nacht trat die spontane Geburt eines 13½ cm langen Fötus ein. Der Abort und die Angabe der Patientin, dass sie sich viel wohler fühlte, bei gleichzeitigem langsamen Rückgang der Temperatur und der Pulsfrequenz gaben Anlass, von der Laparotomie zunächst abzustehen. Da bis zum Nachmittag die Plazenta nicht geboren war

und auch ein vorsichtiges Herausziehen mit der Zange nicht gelang, so nahm Prof. Sippel die bimanuelle Loslösung der Plazenta vor. Im Anschluss daran bildete sich ein rasch zunehmender neuerlicher Kollaps und das Deutlicherwerden der peritonitischen Erscheinungen aus und am nächsten Tage trat der Exitus letalis ein.

Die Autopsie (Prof. Albrecht) ergab etwa 4 tägige fibrinöse eitrige Peritonitis, anschliessend an Ruptur der Blase (infolge von Ueberdehnung) mit akuter Entzündung der Blase in der Umgebung des Risses, geringgradiger Hypertrophie der Blase und chronischer Entzündung. Uterus etwas über gänseeigross retroflektiert, die Blase leer, ihm schlaff aufliegend, ohne Verwachsung mit ihm. Der Riss an der Hinterwand der Blase war an der Aussenwand etwa 2,5 cm an der innersten Schleimhautschicht nur 1,5 cm lang und glattrandig. Ureteren und Nierenbecken waren wenig erweitert.

Soviel in Kürze über die wesentlichen, uns hier interessierenden klinischen und anatomischen Befunde. Wir glauben, dass sich beide sehr gut in Vergleich bringen lassen und erklären uns den Hergang folgendermassen:

Wohl schon viel länger, als die Patientin uns angegeben, war es infolge des Druckes von seiten des inkarzerierten retrovertierten Uterus zu einer unvollständigen Harnverhaltung gekommen, die nach dem Austritt des Mädchens aus dem Spital vollständig wurde. Die Blase wurde dabei so stark gedehnt, dass eine Dehiszenz des Blasenfundus eintrat, die zu einem teilweisen Uebertritt des zunächst wenig virulenten Harns in die freie Bauchhöhle führte und dadurch den ersten Kollaps hervorrief.

So war die Sachlage, als das Mädchen bei uns zum zweiten Male eingeliefert wurde. Die alsbald vorgenommene gründliche Entleerung der Blase und das weitere häufige Katheterisieren verhinderten die Erweiterung der wohl zunächst ganz minimalen, vielleicht auch wieder leicht verklebten Oeffnung. Die Peritonitis bildete sich im weiteren Verlauf offenbar nur schrittweise und langsam aus. Der grosse Riss aber, der sich bei der Autopsie fand, entstand erst bei der manuellen Plazentaentfernung. Damit aber kam es zu erneutem schweren Kollaps, der das letale Ende rasch herbeiführte.

Herr Sippel ist der Ansicht, dass bei dem vorgelegten Präparat schon zu der Zeit eine Ruptur der Blase bestand, als nach Aufnahme der Kranken mit dem Katheter 3 Liter trüben Urins entleert wurden. Er folgert dies aus der bei der Sektion nachgewiesenen weitverbreiteten fibrinösen Peritonitis, welche 3—4 Tage alt war und nach seiner Meinung in ihrer Ausdehnung nur von einem diffus wirkenden Agens — dem wenig virulenten Urin — hervorgerufen sein kann, nicht aber durch Fortleitung entzündlicher Prozesse der Blase ohne Durchbruch derselben. — Diese Oeffnung in der Blase muss eine sehr feine gewesen sein, welche den Inhalt in dünnem Strahl austreten liess. Wahrscheinlich ist ein Weiterreissen der Oeffnung durch den gerade zur rechten Zeit ausgeführten Katheterismus verhütet worden. Nach Entleerung der Blase hat sich dann diese feine Oeffnung verlegt. — Bei der notwendigen manuellen Entfernung der Plazenta, die in Narkose ausgeführt werden musste, ist dann die papierdünne Stelle der Blase durch das bimanuelle Verfahren trotz aller bewussten Vorsicht und trotz selbstverständlich

sorgfältiger Entleerung der Blase mit dem Katheter zu dem bei der Sektion vorhandenen, nahezu 1 cm im Durchmesser haltenden Loch eingerissen. Durch dieses floss der ganze, infolge des wiederholten Katheterismus zersetzte Urin in die Bauchhöhle und führte innerhalb 19 Stunden toxisch zum Exitus. Eine andere Entstehungsursache, namentlich eine Verletzung mit dem Katheter, ist bei dem Sitz des Loches oben im Fundus ausgeschlossen. Selbstverständlich wurde der retrovertierte, nicht flektierte Uterus alsbald, nachdem Sippel die Kranke gesehen hatte, von der Vagina aus vorsichtig über das Promontorium emporgeschoben. Von einer vollständigen Korrektur der Lage wurde zunächst wegen der starken Schmerzhaftigkeit des Abdomen Abstand genommen. Es war auch einer jeden Indikation damit genügt, da die Blase regelmässig entleert wurde und die Harnröhre von Druck und Zerrung durch die Portio befreit war.

Was an dem Fall besonders hervorzuheben ist, sind folgende Tatsachen:

1. Die Ruptur der Blase an typischer Stelle war entstanden ohne stärkere Veränderungen des Urins, ohne vorgängige Nekrose, ohne Blutungen in die Blase, lediglich infolge mechanischer Ueberdehnung.

2. Trotz der Ruptur, welche zunächst nur eine feine Oeffnung dargestellt haben kann, liessen sich aus der Blase mit dem Katheter 3 Liter Urin entleeren. Man muss also bei dem Auftreten allgemein peritonitischer Reizerscheinungen in solchen, glücklicherweise eminent seltenen Fällen sofort an die Möglichkeit einer feinen Ruptur denken, wenn auch die Blase noch einen starken Füllungszustand besitzt.

Im vorliegenden Fall hatte man wegen der gefüllten Blase die vorhandene Ruptur ausgeschlossen. Zystoskopie war aus äusseren Gründen nicht möglich.

Herr **J. Feuchtwanger:** 1. Dieses kindskopfgrosse **Myom** sass im rechten Ligament. lat. einer 32 jährigen Nullipara, reichte nach oben aus dem kleinen Becken heraus, nach rechts bis an die Beckenwand, sass der Kante des Uterus breit auf, reichte bis ins Scheidengewölbe herunter und war leicht beweglich. Dasselbe wurde auf vaginalem Wege ohne Eröffnung der Peritoneums exstirpiert. Nach vorhergehender Scheidendamminzision wurde die Blase vom Uterus abgelöst und besonders deren rechter Zipfel, der sich weit über die Geschwulst legte, und der quere Portioschnitt bis ins rechte Scheidergewölbe verlängert, sodann der Finger bis auf den unteren Pol der Geschwulst gebohrt, worauf ein Myombohrer eingedreht wurde. Darauf stumpfe Ausschälung des Tumors aus seinem Bette; nur an der Kante des Uterus, wohin der Stil des Tumors ging, einige Ligaturen. Ausstopfung der Wundhöhle. Naht der Scheide. Glatter Wundverlauf.

2. Dieses jetzt 5 Monate alte, frühgeborene Mädchen wog bei der Geburt 1070 g und hatte, 4 Wochen alt, 36 cm Körperlänge und 1015 g Körpergewicht. Vom 2. Lebensmonat an nahm es sichtlich und dauernd zu und wiegt jetzt 3650 g.

Schwangerschaftsverlauf: Die Mutter hat von April bis Dezember 1905 ihr erstes Kind gestillt. Während der Laktation einmal Mitte Oktober 8 tägige Menses.

Bei der ersten Untersuchung, anfangs März 1906 — die Frau hatte bis dahin 2 Monate lang fast ununterbrochen geblutet — stand der Uterus zwei Querfinger unter dem Nabel. Am 12. März erste Kindsbewegungen. Blutung hört auf.

Am 29. März Fruchtwasserabfluss. Seitdem häufiger Wasserabfluss. Von Mitte Mai ab andauernde, z. T. erhebliche Blutungen. Bettruhe ohne lokale Therapie. Am 29. Mai spontaner Partus ohne Blutung, ohne ärztlichen Beistand; daher auch keine Kontrolle der Nachgeburt auf Grösse der Eihöhle. Aus den subjektiven Angaben des Wasserabflusses von seiten der genau beobachtenden Frau, sowie aus der Blutung gegen Ende der Gravidität ist die Diagnose: **amniale Hydrorrhöe** höchst wahrscheinlich.

Termin der Kindsbewegungen, Grösse des Uterus und Länge der Frucht lassen das Alter auf ca. 30 Wochen ansetzen.

Das Kind kam nicht in einen Brutapparat, sondern wurde in Watte gepackt, mit heissen Krügen versehen und nur 2 mal täglich zur Reinigung gewickelt. Es lag andauernd schlafend und regungslos. Die Mutter spritzte ihm 2 stündlich die Milch von der Brust direkt in den Mund. Nach anfänglicher Stuhlentleerung, vom 4.—8. Lebenstage Ausbleiben der Stuhlentleerung. Vom 16. Tage an begann das Kind selbständig zu saugen, lebhafter zu werden und auch leise zu schreien. Es hat ausschliesslich Brustnahrung erhalten.

Von entscheidender Bedeutung für die Erhaltung des Kindes war der Umstand, dass das Kind an sich gesund war und nur eine lokale Anomalie (der Eihüllen), sowohl die intrauterine Ernährung des Fötus beeinträchtigt, als auch seine frühzeitige Geburt veranlasst hatte.

Das Kind entspricht in seinem Aeusseren jetzt einem 3 Monate alten Säugling, hat überall festes Fleisch und dickes Fettpolster, jedoch papierdünne, das Phänomen des Pergamentknisterns gebende Schädelknochen. Es ist lebhaft wie ein gesunder Säugling, fixiert Gegenstände, also psychisch seinem Alter entsprechend entwickelt.

Herr L. Rehn: Die Entfernung von Brustwandgeschwülsten mit breiter Eröffnung der Pleura.

Der Vortragende bespricht ein Verfahren, das es gestattet, auch ohne den genialen Apparat von Sauerbruch oder den Brauerschen Tisch die Pleura breit zu eröffnen und grosse Geschwülste der Brustwand samt Pleura zu entfernen:

Vor Einschneiden der Pleura wird ein Fadenzügel mit grosser Nadel ziemlich tief durch Pleura und Lunge durchgeführt, die Lunge damit angezogen und dann erst die Pleura eröffnet. Dadurch wird der lebensgefährliche Kollaps der Lunge verhütet. Im weiteren Verlauf der Operation soll die Lunge mit Kompressen gefasst und angezogen werden. Das etwa in den Pleuraraum fliessende Blut muss sorgfältig ausgetupft werden. Vor dem Schliessen des Thorax wird die Lunge mit zahlreichen Nähten in möglichster Entfaltung und in natürlicher Lagerung ohne Spannung an die Ränder der Brust-

wand angeheftet und so gezwungen, mitzuatmen. Die Weichteile werden darüber exakt vernäht, auf Tampon und Drainage wird grundsätzlich verzichtet, da sie infektionsgefährlicher sind, als der vollkommene Schluss der Wunde.

Zur Illustration dienen drei Fälle:

Im ersten Falle handelte es sich um ein Rezidiv nach Mammakarzinom. Es musste die 3.—6. Rippe vom Brustbein bis zur Axillarlinie mit der Pleura costalis entfernt werden. Die Operation wurde gut überstanden. Im weiteren Verlauf dehiszierte infolge der starken Spannung an einer Stelle die Hautnaht, es trat Empyem ein, das entleert wurde. Heilung.

Der 2. Fall betraf ein Chondrosarkom an der rechten vorderen Brustwand. Der Patient litt zugleich an heftigem Lungenkatarrh. Trotzdem wurde, da die Geschwulst rasch wuchs, operiert. Die 4. und 5. Rippe mit Pleura costalis musste in 12 cm Ausdehnung entfernt werden. Die Lungenerkrankung erschwerte die Heilung sehr, doch trat keine ernste Störung im Verlauf ein. Bereits nach 2 Monaten grosses Rezidiv und erneute Operation mit Entfernung der 2. bis 3. und der 6. Rippe und eines Teiles der mit Geschwulst durchsetzten Lunge. Nach weiteren 3 Monaten erfolgte der Exitus an neuem, die ganze rechte Brusthälfte ausfüllendem Rezidiv.

Im 3. Falle wurde ein faustgrosses Periostsarkom der 2. und 3. Rippe rechts mit Pleura costalis entfernt. Die Heilung verlief ungestört in 10 Tagen.

Diskussion: Herr L. Brauer: Den sehr interessanten Ausführungen des Herrn Professor Rehn glaube ich durchaus beipflichten zu müssen. Sicherlich ist es von grösstem Werte, chirurgische Eingriffe am Herz und Lungen in der Not auch ohne besondere instrumentelle Hilfe durchzuführen. Auch auf dem letzten französischen Chirurgenkongress kam dieses Bestreben vielfach zum Ausdrucke. Trotzdem aber glaube ich, dass die Fortschritte auf diesem relativ jungen Gebiete der Chirurgie doch nur dann wirklich nennenswerte sein werden, wenn die Chirurgen sich eines der beiden Druckdifferenzverfahren, wie es in diesem Falle Rehn tat, bedienen. Allein schon die Tatsache, dass bei zweckmässiger Anwendung dieser Verfahren die gesuchten Lungenherde genau an der diagnostizierten Stelle verbleiben und sich nicht verschieben, ist schon von Bedeutung; noch wichtiger aber ist die Ruhe, mit der trotz des bestehenden Pneumothorax operiert werden kann, da jeder schädliche oder beängstigende Einfluss des Pneumothorax bei zweckmässiger Dosierung der Druckdifferenz fehlt.

Auch hinsichtlich der Erklärung der Dyspnoe und der Lebensgefahr bei offenem Pneumothorax glaube ich den Ausführungen des Herrn Vorredners beipflichten zu müssen. Es ist nicht eine einheitliche Ursache für die Dyspnoe anzunehmen, sondern dieselbe entsteht durch das Zusammenwirken verschiedener Faktoren, hauptsächlich durch das Mediastinalflottieren, sowie die sogen. Pendelluft. Ueber diese Dinge habe ich mich kürzlich in dem Universitätsprogramm Marburg 1906 ausführlich geäussert.

Ordentliche Sitzung vom 19. November 1906.

Vorsitzender: Herr E. Cohn.
Schriftführer: Herr Rosengart.

Herr **Brenner** demonstriert:

1. einen Fall von plötzlicher hochgradiger **Hämoptoe** bei einem Phthisiker, die innerhalb weniger Minuten zum Tode führte. Die ganze Lunge, die Sie hier sehen, ist gleichmässig durchsetzt von rauhwandigen Kavernen; dazwischen nur wenig indurierende, mehr käsig pneumonische Prozesse oder zahlreiche Knötchen. An vielen Stellen die gelben fleckigen Partien mit Verfettungen des Alveolarepithels. Die grösseren Kavernen in der Spitze sind mehr mit schaumigem Blut, die der unteren Partien mit Blutgerinnseln ausgefüllt. An der Stelle im Unterlappen, wo ich eben die Sonde einführe, endet eine über stricknadeldicke Arterie frei flottierend mit einem Stumpf, dem Rest eines bei Kavernenbildung häufiger vorkommenden Aneurysmas der Wand, in einer Kaverne und ist wohl mit Sicherheit als die Quelle der tödlichen Blutung aufzufassen.

2. eine **spontane Ruptur der vorderen Herzwand** bei einem 73 jährigen kräftigen Mann, die zum plötzlichen Tod führte. Im Herzbeutel waren grosse Blut- und Gerinnselmassen. Als Ursache für die Ruptur findet sich hier, ganz ähnlich wie in den neulich Ihnen gezeigten Fällen von Aneurysmenbildung, eine starke Schwielenbildung in der Herzmuskulatur als Folge einer obliterierenden Kranzgefässarteriosklerose des absteigenden Astes der Coronaria sinistra. Irgend eine besondere Ursache für die Ruptur, etwa eine starke körperliche Anstrengung wird nicht angegeben.

3. die Nieren und das Herz von einem Fall von **Urämie.** Die Nieren zeigen makroskopisch keine sehr hochgradigen Veränderungen. Die Rinde ist etwas verschmälert, die Zeichnung noch ziemlich deutlich, die Glomeruli treten als stark gerötete Blutpünktchen scharf hervor. Die Oberfläche ist graugelb und rot gesprenkelt. Das Herz, stark vergrössert, bietet in seinem linken Ventrikel das Bild der starken konzentrischen Hypertrophie. Mikroskopisch (ein Präparat ist eingestellt) findet sich vorwiegend eine hochgradige Glomerulonephritis, neben geringgradigen chronischen interstitiellen und parenchymatösen Prozessen. Interessant ist hierbei wieder das Vorhandensein eines ganz enorm hohen Blutdrucks.

4. die Organe eines Mannes, der vor 7 Jahren an einem **Hypernephrom** operiert wurde. Vor 3 Jahren stellte sich ein ausgedehnter

Hämothorax ein, der nach Punktion ausheilte. Ein Tumor war nirgends feststellbar. Vor einem Jahre nun etwa stellte sich an dem Sternum und den Rippen ein ziemlich rasch wachsender Tumor ein. Der Tumor pulsierte und man hörte ein der Systole synchrones Geräusch. In der Haut entwickelten sich starke Venen. Der Tod erfolgte durch linksseitige karzinomatöse Pleuritis und Pneumonie. Die Bronchien sind mit Eiter gefüllt. In einem grösseren Gefäss ein Geschwulstembolus. Die Tumorknoten der Lunge machen einen verhältnismässig frischen Eindruck. In den Wirbeln sind ausgedehnte Tumormetastasen. Dicht vor der Einmündung der Vena cava inferior in das Herz sind Geschwulstmassen in das Lumen eingebrochen. Die alte hämorrhagische Pleuritis ist vollständig abgeheilt. Von den Tumorknoten im Sternum übergreifend sind 2 Rippen auf längerer Strecke durch weiche Tumormassen vollständig ersetzt und durch eine Membran getrennt. Die Faszie ist ausserordentlich gespannt und das Geräusch ist vielleicht so zu erklären, dass die gespannten Kapseln den Schall wie eine Membran weiter getragen haben. Am Sitz der früheren Niere ist nur derbes Narbengewebe. Mikroskopisch erweist sich der Tumor jetzt als ein Karzinom.

5. die bakteriologischen Präparate eines Falles von **Fischvergiftung.** Der Erreger gehört in die Gruppe der Fleischvergiftungsbazillen und zeigt grosse Aehnlichkeit mit dem des Paratyphus. Der Fall wird noch weiter besprochen.

6. einen beinahe kindskopfgrossen derben **Tumor des Pankreasschwanzes,** der mit der Magenwand verwachsen und in diese eingebrochen ist, so dass eine fünfmarkstückgrosse Stelle ulzeriert ist. Metastasen in der Leber. Klinisch hatte der Tumor die Erscheinungen des Magenkarzinoms gemacht, was sich ja aus der grossen Geschwürsfläche erklärt. Der mikroskopische Befund ergibt ein Karzinom.

7. Finden Sie mikroskopisch die Präparate von 2 Fällen von **Landryscher Paralyse** aufgestellt. Beide sind klinisch unter dem typischen Symptomenkomplex erkrankt und stellen histologisch zwei verschiedene Typen dar. Der eine Fall zeigt eine hochgradige Myelitis, am stärksten in der grauen Substanz, im ganzen Rückenmark, während der andere bei ganz geringgradiger aufsteigender Degeneration im Rückenmark in beiden Nervi ischiadici das Bild der höchstgradigen peripheren Neuritis mit perivaskulärer und vaskulärer Infiltration bietet. Der Vortragende bespricht dann noch die neuen pathologischen Ergebnisse bei der Landryschen Paralyse.

Diskussion: Herr Harbordt bringt das klinische Bild zu den Hypernephrommetastasen. 45jähriger Herr erkrankte im Frühjahr 1899 mit Mattigkeit und Schwächeerscheinungen, im Mai wird Fieber von 39—40° abends konstatiert, Tumor im linken Hypochondrium. Die Exstirpation der linken Niere im Oktober ergibt nicht die erwartete Tuberkulose, sondern Hypernephrom von der Grösse einer Orange am unteren Pol, zum Teil zerfallen. Heilung per primam. Pat. erholt sich vollkommen. Nach 4 Jahren wird ein hochgradiger rechtsseitiger Erguss in der rechten Brusthöhle durch Punktion entleert, der starke Blutgehalt lässt an Metastasen denken. Scheinbare Heilung. Im Sommer 1905 Abnahme der Kräfte, im September starkes systolisches Blasen über den unteren Rippen rechterseits, vorn und hinten. Starke Erweiterung der Venen am Bauch, besonders rechts, allmählich bildet sich eine Geschwulst

an den unteren Rippen aus. Lungenerscheinungen. Im Röntgenbild zeigen sich mehrere Schatten in der linken Lunge. Auch im Corp. sterni entwickelt sich eine weiche höckerige, bläulich aussehende Geschwulst. Tod durch Inanition und Pneumonie.

Herr **Richartz** berichtet kurz über einen **Fall von Fischvergiftung.** Die Zeit der Inkubation betrug 2½ Tag. Zwischen Beginn der Erkrankung und Exitus lagen 39 Stunden. Der Fall verlief unter dem Bilde einer perakuten Gastroenteritis ohne Temperaturerhöhung. auffallend war die grosse Herzschwäche, mit der die Erscheinungen einsetzten, und auf welche grosse Kampherdosen vollständig ohne Wirkung blieben. Interessant war, dass eine 16 Stunden vor dem Ende auftretende Internuslähmung mit Doppelbildern nach etwa 2 Stunden vollkommen zurückging; auch Cheyne-Stokessches Atmen, welches etwas später auftrat, machte nach einer Stunde gleichmässiger Respiration wieder Platz. Dagegen blieb die noch später eintretende Pupillenstarre (maximale Myosis), sowie eine rechtsseitige Fazialisparese bis zum Exitus bestehen. Aus Darm, Milz und Herzblut konnten Bazillen vom Gärtnerschen Typus gezüchtet werden.

Herr **Noetzel: Demonstrationen.**

1. **Leberruptur.** 30 jähriges Mädchen, Sturz mit dem Fahrrad einen Abhang hinunter auf eine Eisenstange. Einlieferung in die chirurgische Klinik 48 Stunden später. Trommelbauch, Symptome schwerster Peritonitis, daher Diagnose auf Ruptur des Magendarmkanals. Die Operation ergab abundante Blutung, ausgehend von mehreren oberflächlichen Quetschungen auf der Konvexität der Leber, flächenhaften Substanzverlusten (Demonstration), alles in allem nicht sehr grosse Verletzungen. Die abgequetschten Leberteilchen wurden mit dem Hämatom herausgespült. Es war nur Tamponade der Leberwunden möglich. Es bestand hochgradige Darmlähmung mit Meteorismus, wie bei schwerster Peritonitis. Die Operierte starb 18 Stunden nach der Operation unter fortbestehendem Meteorismus an Herzinsuffizienz. Der Fall zeigt, dass ein aseptischer Bluterguss in den Bauch nicht nur eine schmerzhafte peritoneale Reizung verursacht, sondern bei längerem Bestehen auch die hochgradigste Darmlähmung und dadurch den Exitus herbeiführen kann. Redner sieht gerade in dem Verlauf solcher Fällen eine gewichtige Stütze seiner Forderung, in allen Fällen, z. B. auch bei der Operation von Tubargraviditäten, das Blut gründlich aus dem Bauch herausspülen und diese Entleerung bei allen schwereren Blutungen noch durch die Drainage der Bauchhöhle nach Rehn (Drain ins kleine Becken, Tiefstellung des Beckens) zu vervollkommnen. Das Drain bleibt 24 Stunden liegen. Innerhalb dieser Zeit entleert sich die zurückgebliebene bluthaltige Spülflüssigkeit so gut wie vollkommen. Die Drainagestelle wird später ebenso fest, wie der übrige zugenähte Teil der Laparotomiewunde.

2. **Ruptur der Milz und der linken Niere.** (Von einem Wagen angefahren.)

Auch dieser Fall beweist die Richtigkeit der Forderung, den Bluterguss gründlich zu entfernen. Die Operation — Exstirpation der rupturierten Milz (Demonstration) — wurde erst am 3. Tag nach der Verletzung ausgeführt. Der so lange in der Bauchhöhle verbliebene, ausserordentlich grosse Bluterguss hatte eine Darmlähmung schwer-

sten Grades bewirkt, welche noch 8 Tage nach der Operation anhielt. Die Diagnose war verschleiert durch die Nierenverletzung, welche eine beträchtliche Hämaturie bewirkt hatte und alle Symptome zu erklären schien. Der Puls ging nicht über 80 und blieb voll und kräftig. Die Blutung in die Bauchhöhle konnte nur aus der zunehmenden peritonealen Reizung diagnostiziert werden. Die Milzexstirpation konnte in diesem Falle bei sicherer Ausschliessung anderer intraperitonealer Verletzungen von einem linksseitigen Querschnitt ausgeführt werden. Im weiteren Verlauf kam es zur Gangrän der gequetschten linken Niere und zur Vereiterung des sie umgebenden Hämatoms, wodurch ein grosser extraperitonealer subphrenischer Abszess zustande kam. Nach Exstirpation der gangränösen Niere schloss sich die grosse Eiterhöhle rasch. Pat. ist genesen.

3. **Ruptur der rechten Niere und Abreissung der grossen Nierengefässe von der Aorta und Vena cava.** (Von einem Wagen überfahren.)

Rechtsseitige Verletzung, bei den schweren Symptomen der intraperitonealen Blutung als Leberruptur diagnostiziert. Bei der Laparotomie erwiesen sich Leber und Milz unverletzt, ausserordentliche Blutmengen im Bauch, rechtsseitig starke retroperitoneale Blutung. Die durch einen Riss des hinteren Peritoneums in dieses Hämatom eingeführte Hand fasste die stark hämorrhagische Niere, welche nur noch am Ureter festhing. Die Nierenarterie wurde dicht an der Aorta, die Vene dicht an der Vena cava abgebunden. Der Patient überlebte die Operation nur um 3 Tage. Die Sektion ergab ausgedehnte Fettembolien als Todesursache.

4. **Nephrektomie wegen einseitiger schwerer aszendierender Niereneiterung** rechts mit multiplen kleinen Eiterherden und starker Vergrösserung der Niere. Die Nephrektomie war indiziert durch lange anhaltendes hohes Fieber, exzessive Schmerzhaftigkeit der Niere und starken Rückgang des Allgemeinbefindens. Der Ureterenkatheterismus hatte ein einseitiges Nierenleiden mit Sicherheit ergeben. Die Patientin hatte bereits vorher infolge eines grossen Dammrisses ein langes Krankenlager und verschiedene Operationen in der chirurgischen Klinik durchgemacht: Dammplastik, Kolporrhaphie, Operation eines Rektumprolapses, schliesslich Ventrifixation des Uterus unter Fältelung der Ligg. lata. Die letztere Operation wurde mit der Nephrektomie in einer Sitzung ausgeführt, d. h. vor der letzteren. Redner benützte den Laparotomieschnitt, um beide Nieren intraperitoneal zu palpieren, was sehr gut gelang und die Indikation definitiv stützte. Andererseits war die Ventrifixation durch Laparotomie anstatt der Alexander-Adamsschen Operation indiziert durch eine wenig feste alte Laparotomienarbe, welche bei dieser Gelegenheit durch eine feste Bauchnaht ersetzt wurde. Die Kranke erholte sich ausgezeichnet. Auch die schwere, durch den lange bestehenden Dammriss bewirkte Zystitis, welche die Niereneiterung bewirkt hatte, wurde vollkommen beseitigt.

Diskussion: Herr Baerwald: Bezüglich der Behandlung schwerer intraabdomineller Blutungen kann ich mich, was das Vorgehen bei geplatzten Tubargraviditäten anlangt, von welchen der Herr Vortragende auch sprach, nicht dafür erklären, alles ergossene Blut genauestens aus dem Abdomen zu entfernen. Es kommt vor allem darauf an, schnell die

Blutung zu stillen, d. h. die Tube abzubinden. Beim Oeffnen des Leibes quillt schon eine grosse Menge Blutes heraus und wenn man sich dann damit begnügt, die Hauptmassen der im Douglas liegenden Blutungen zu entfernen und durch schnelle Bauchnaht die Operation zu vollenden, um die kollabierten, oft fast pulslosen Pat. möglichst bald ins Bett zu bringen, so wird man da mehr leisten, als wenn man auf eine peinliche Toilette der Bauchhöhle viel Zeit verwendet. Das zurückgelassene Blut saugt sich bald auf und dient zu einer durchaus erwünschten Autotransfusion. Es gelingt ohnehin nicht, alles Blut und alle Gerinnsel zwischen den Därmen und aus den Buchten der Peritonealhöhle zu entfernen, das Peritoneum wird damit fertig.

Die so erzielten Erfolge sind vorzüglich; ich verlor noch keinen Fall und bin in meinen letzten vier Fällen wie geschildert vorgegangen, habe auch ohne Drainage das Abdomen ganz geschlossen. Zugegeben werden muss, dass bei bestehenden oder zu befürchtenden entzündlichen peritonealen Erscheinungen auf eine möglichste Bluttrockenheit und eventuelle Drainage Wert zu legen ist.

Herr Edinger gibt zur Erwägung, ob nicht der Meteorismus, der in mehreren Fällen so gefährlich wurde, durch die „Nervendehnung" an den Sympathikusästen zustande kam. Eine solche findet jedenfalls durch Suchen und Umlegen der Darmschlingen statt. Durchtrennung des Sympathikus kann aber sehr wohl in gedachter Richtung schädlich sein. Vielleicht ist deshalb grössere Vorsicht erforderlich, sobald Zerrungen am Splanchnikus etc. möglich sind.

Herr Friedrich Straus frägt an, aus welchem Grunde Herr N. von dem zuletzt demonstrierten Präparat als von einer Eiterniere spreche. Dazu liegt weder klinisch noch anatomisch eine Berechtigung vor. Von einer Eiterniere können wir doch nur dann sprechen, wenn ein sehr grosser Teil des Nierenparenchyms eitrig eingeschmolzen ist, oder sich an seiner Stelle Eiter findet. Etwas derartiges liegt aber hier gar nicht vor. Makroskopisch ist an dieser Niere alles Parenchym erhalten. Bei genauerer Betrachtung lassen sich auch auf dem Schnitt nirgends Eiterknötchen erkennen. Es kann sich — das Nierenbecken ist nicht deutlich abzusehen — nur um eine Pyelonephritis, oder um eine eitrige Nierenentzündung, eine Nephritis apostematosa, oder um eine deren Formen handeln.

Wenn man eine solche Niere sieht, bei der makroskopisch alles Parenchym erhalten zu sein scheint, so muss man sich doch fragen, ob zu deren Exstirpation eine berechtigte Indikation vorlag. Aus den Ausführungen des Herrn N. vermag ich eine Indikation zur Exstirpation nicht anzuerkennen. Das Fieber wäre für mich keine Veranlassung zur Nephrektomie gewesen. Hohes Fieber um 40° kann wochenlang bei einseitigem entzündlichen Nierenprozesse bestehen, ohne dass ich mich zum operativen Eingriffe, geschweige denn zur Nephrektomie veranlasst sehe. Der Schmerz ist vollends für mich keine Ursache zu nephrektomieren. Will man seinetwegen operieren, so gibt es konservativere Methoden. Diese müsste man doch zum mindesten versuchen, ehe man das ganze Organ wegnimmt.

Individuen mit nur einer Niere sind immer minderwertig und scheinen zu verschiedenen Erkrankungen leichter disponiert als die mit 2 Nieren. Dessen soll man eingedenk sein, bevor man sich zur Nephrektomie entschliesst. Man kann sich aber des Eindrucks nicht erwehren, dass man heute im allgemeinen vielfach zu leicht zur Nephrektomie schreitet.

Herr Nötzel: Herrn Baerwald entgegnet Redner, dass er eben gerade entgegengesetzter Ansicht sei: die Blutergüsse sollen entfernt werden. Gerade die Erfahrungen bei den schweren Blutungen haben diese Notwendigkeit bewiesen. Wenn bei Tubargraviditäten das Zurücklassen des Blutes häufiger keine schädlichen Folgen hat, so liegt das hauptsächlich daran, dass dies ganze Krankheitsbild überhaupt nicht ein so sehr schweres ist. Aber gerade deshalb und weil auch die Operation eine so leichte und einfache ist, sieht Redner auch nicht ein, warum gerade bei diesen Operationen die Forderung der Schnelligkeit auf Kosten der Gründlichkeit betont werden soll.

Redner teilt nicht Herrn Edingers Ansicht, dass die Manipulationen am Darm durch Sympathikusreizung den Meteorismus bedingen und daher einzuschränken seien. Das letztere geschieht immer so weit als möglich. Aber in den vom Redner besprochenen Fällen entwickelte sich ja der Meteorismus vor der Laparotomie.

Herrn Friedrich Straus erwidert Redner, dass er die vielen Fälle von einseitiger Niereneiterung, welche konservativ zu behandeln sind, wohl kennt, speziell die Fälle in der Gravidität. Aber gerade weil in dem besprochenen Fall trotz anfänglicher Uebereinstimmung mit jenen Krankheitsbildern die Operation dringend indiziert war, hat Redner denselben für mitteilenswert und das Präparat für wichtig gehalten.

Herr **Lilienfeld** demonstriert einen 3jährigen Knaben, der am 17. September 1906 wegen einer vor 5 Tagen erfolgten **Stichverletzung** der linken Scheitelbeingegend von ihm trepaniert worden war (vgl. Protokoll der Sitzung vom 17. September 1906). Nach anfänglich glattem Verlauf traten in der 4. Woche nach der ersten Operation wieder Konvulsionen im rechten Arm und der rechten Gesichtshälfte bei mässiger Temperatursteigerung auf, während andere zerebrale Symptome fehlten. Da ein Hirnabszess vermutet wurde, wurde die bereits fast verheilte Wunde wieder geöffnet, die Probepunktion ergab einen Rindenabszess, der nach Spaltung der Dura gänzlich entleert wurde. Der weitere Verlauf war ungestört; nach der Operation traten noch 2 mal leichte Konvulsionen auf. Der Knabe ist jetzt gänzlich geheilt, als Residuum ist noch eine Parese einzelner Muskeln des rechten Vorderarms zu konstatieren, über die Herr Homburger näheres berichtet.

Diskussion: Herr Homburger: Das Kind scheint auf den ersten Blick eine Parese in den Flexoren der Finger der rechten Hand zu haben; der Händedruck rechts ist schwächer als links. Die Ursache dessen ist aber nicht in einer Schwäche der Beuger, sondern des bei starkem Druck als agonistischer Synergist tätigen Extensor carpi radialis zu finden. Diese Synergie wird links in normaler Weise betätigt. Auch die Synergie des Schreibaktes ist in ähnlicher Weise gestört. Der Bleistift bohrt sich nach links abweichend in das Papier ein. Es bestehen weder Spasmen noch Kontrakturen, die Sensibilität ist in ihren sämtlichen Qualitäten intakt. Entsprechend dem Sitze der Läsion ist die mangelhafte Synergie sowohl als die früher aufgetretenen Reizerscheinungen von seiten der motorischen Felder als Fernwirkung anzusehen.

Herr **Friedrich Straus** demonstriert eine frisch exstirpierte **Prostata.** Sie stammt von einem 72jähr. Prostatiker mit kompletter Retention und wurde suprapubisch transvertikal total exstirpiert. Sie besteht aus zwei Seitenlappen und einem vom linken Seitenlappen ausgehenden sogen. Mittellappen. Hätte ich nur den Mittellappen reseziert — zu dessen Wegnahme hätte ein Scherenschnitt genügt — so hätte ich ungefähr das gemacht, was Herr Roth in der letzten Sitzung uns demonstrierte. Herr R. nahm noch einen kleinen Teil eines Seitenlappens weg. Das ist aber keine Prostatektomie im eigentlichen Sinne zu nennen, sondern eine Resektion eines Prostatalappens.

Das gleiche hätte ich hier mit Leichtigkeit auch tun können. Die Hinwegnahme des Mittellappens hätte genügt, die Miktion wieder herzustellen, denn er legte sich als Ventil gegen die Urethralmündung. Da ich aber nicht weiss, ob nicht wieder ein Rezidiv hier entstanden wäre, nahm ich, nachdem doch einmal die Blase geöffnet war, die Prostata in toto weg. Dies geschah leicht. Das Präparat lässt überall seine Kapsel erkennen, und zeigt, dass nichts von Prostata zurückgelassen ist. Die Prostata wog frisch 70 g. Die Operation wurde unter Morphium-Skopolaminnarkose und lumbaler Anästhesie gemacht.

Herr **E. Grossman** stellt einen Jungen vor, den er vor etwas über 10 Monaten (Januar 1906) wegen **Jacksonscher Epilepsie** operiert hat. Die Operation wurde zweizeitig ausgeführt. In der ersten Sitzung wurde über der rechten motorischen Region ein osteoplastischer Lappen gebildet von der Grösse 7 : 7 : 6cm. Die Durchtrennung des Knochens erfolgte mittelst Giglisäge von mehreren Bohrlöchern aus. Der heruntergeklappte Knochenlappen wurde dann nach dem Vorschlag von Krause ringsherum um etwa ½ cm gekürzt, um für später eine Art Ventilwirkung zu erzielen, hierauf wieder in seine Lage gebracht und mittelst Hautnähten fixiert. In der zweiten Sitzung, 3 Tage später, wurde der Weichteilknochenlappen wieder heruntergeklappt, die Dura umschnitten und nach unten umgeschlagen, so dass das Gehirn freilag. Unter den Meningen fand sich eine ziemlich reichliche Flüssigkeitsansammlung. An einer vorgewölbten Partie des Gehirns im hinteren Abschnitt der Trepanationsöffnung wurde zunächst punktiert in der Annahme, dass hier vielleicht eine subkortikale Zyste läge, jedoch blieb die Punktion erfolglos, ebenso eine an dieser Stelle angelegte Inzision durch die Hirnrinde bis in die weisse Substanz hinein. Nunmehr wurde zur faradischen Reizung der Hirnrinde nach Krause geschritten (Elektrode von Hirschmann-Berlin) und zunächst das Zentrum für die Hals- und Nackenmuskeln gefunden. Nach oben davon ergaben sich Zuckungen im linken Arm, nach unten davon deutliche Zuckungen im Fazialisgebiet. Nachdem auf diese Weise die Fozi für die auszuschaltenden Muskelgebiete, d. h. des primär krampfenden Zentrums, bestimmt waren, erfolgte die Exzision dieses Rindengebietes in einer Ausdehnung von 30(Länge) : 15(Breite) : 5(Dicke) mm. Die anfangs ziemlich lebhafte Blutung stand auf Tamponade. Nun wurden Dura- und Weichteilknochenlappen wieder in ihre Situation gebracht und die Haut wurde bis auf eine kleine Lücke, aus der ein in den Gehirndefekt eingelegter Gazestreifen herausgeleitet wurde, durch die Naht geschlossen. Der Gazestreifen wurde nach 4 Tagen

entfernt. Die Heilung vollzog sich ohne jede Störung. Geringe Kollapserscheinungen am Abend des Operationstages gingen rasch vorüber. Nach 6 Wochen konnte Pat. entlassen werden mit vollständiger Beweglichkeit des linken Beines und fast vollständiger Beweglichkeit des linken Armes. Die sich an die Exzision der Hirnrinde anschliessenden Ausfallserscheinungen waren bis auf eine geringe Schwäche in der linken Hand und im unteren Fazialisgebiet völlig verschwunden. In geistiger Hinsicht machte Pat. wieder einen durchaus normalen Eindruck.

Der Junge befindet sich heute in vorzüglicher körperlicher und psychischer Verfassung. Die Extremitäten sind in vollem Umfange und mit normaler Kraft beweglich, nur im linken Fazialisgebiet besteht noch eine geringe Parese. Die psychischen Funktionen sind völlig zur Norm zurückgekehrt. Der Junge geht zur Schule und soll vorzüglich lernen, auch in sonstiger Beziehung soll er sich in nichts mehr von dem früheren Normalzustande unterscheiden. Die Krampfanfälle haben seit Monaten gänzlich sistiert. Entlang der hufeisenförmigen Narbe fühlt man im Knochen noch eine schmale Lücke und kann demzufolge noch ein leichtes Federn des Knochenlappens auf Druck konstatieren (Ventilwirkung!).

Herr **Auerbach: Ein operativ behandelter Fall von Jacksonscher Epilepsie.**

Der Patient, den wir Ihnen demonstrieren wollen, ist ein jetzt 7½ jähriger Junge. Aus der Familienanamnese ist zu erwähnen, dass die Mutter eine Frühgeburt hatte, und dass ein Onkel an „Tobsucht" in der Irrenanstalt gestorben ist. Die Geburt des Knaben dauerte etwas lang, war aber normal. Im Alter von ¾ Jahren hatte er ein Kopfekzem und Vereiterung der Nackendrüsen, im 2. Jahre Masern. Er soll keine erhebliche Kopfverletzung erlitten haben. Im Februar 1903, also im Alter von 3¾ Jahren, bekam er Scharlach, der damals in seinem Heimatsdorfe Walldorf bei Sprendlingen epidemisch war. Zirka 8 Tage vorher wurde er vom ersten epileptischen Anfall betroffen; die Mutter gibt mit Bestimmtheit an, dass früher nie etwas derartiges an dem Kinde beobachtet worden sei. Nach der Schilderung der ganz verständigen Frau sieht der Knabe, nachdem er kurz vorher über Magenschmerzen geklagt, plötzlich starr nach links in eine Ecke, es treten Zuckungen des Kopfes nach links nebst Verzerrung des Gesichtes nach links auf, dann folgen Krämpfe des linken Armes und Beines. Während der Zuckungen sinkt der Pat. bewusstlos um und lässt unter sich gehen. Kein Zungenbiss. Während des Scharlachs nahmen die Dauer und die Heftigkeit der Konvulsionen zu. Aber sie dauerten auch nach Ablauf dieser Infektionskrankheit in derselben Weise an, im ganzen 14 Wochen hindurch. Sie kamen 2—3 mal in der Woche; oft wurden 18—25 Einzelanfälle in 24 Stunden gezählt. Dann blieb der Knabe 2½ Jahre lang, bis zum September 1905, von eigentlichen Krampfanfällen verschont; er hatte aber während dieser ganzen Zeit alle paar Tage leichte Absenzen, während welcher er plötzlich im Spielen, im Sprechen einige Sekunden hindurch aufhörte und einen starren Blick zeigte. Am 1. September 1905 traten zum ersten Male wieder richtige Krampfanfälle wie früher auf, die bald an Heftigkeit und Häufigkeit zunahmen, meistens die linke Körperhälfte befielen, in den Hals- und Nackenmuskeln begannen, zuweilen aber auch auf die rechte Seite über-

sprangen. Einige Wochen später zeigte sich das linke Bein, Anfang November auch der linke Arm gelähmt. Anfang Dezember wurde Pat. bettlägerig. Am 19. XII. 05 wurde er nach mehrmaliger Untersuchung in unserer Poliklinik von Herrn Dr. v. Mettenheimer in das v. Neufvillesche Kinderspital aufgenommen.

Die Untersuchung in unserer Poliklinik und die Beobachtung im Hospital ergaben nun folgendes:

Blasses, leidend aussehendes, sehr ängstliches Kind. Der Körper hängt leicht nach links hinüber, der Kopf wird etwas nach links gebeugt gehalten. Schädelform ohne Besonderheiten. Keine Narben, auch nicht auf der rechten Schädelhälfte, sichtbar; das Beklopfen derselben ruft keine Schmerzen hervor. Augenmuskeln, Augenhintergrund und Pupillenreaktion normal. Im Schlaf werden die Lider ganz leicht geöffnet gehalten. Ohrbefund normal; ebenso Beweglichkeit der Zunge und des weichen Gaumens.

Deutliche Parese des linken unteren Fazialis, des linken Armes und des linken Beines, und zwar sind diese Gliedmassen in den einzelnen Muskelgruppen gleichmässig von der Lähmung betroffen. Keine Muskelspasmen. Leichte Hypalgesie am ganzen linken Bein, während am linken Arm und an der linken Hand keinerlei Sensibilitätsstörung nachweisbar ist. Am rechten Bein ist eine leichte Hyperästhesie zu konstatieren. Auch zwischen den eigentlichen Anfällen beobachtet man häufig leichte klonische Zuckungen im linken Arm und grosse Muskelunruhe rechts. Patellarreflexe links gesteigert, rechts von normaler Stärke; kein Fussklonus; Babinskisches Phänomen links in leichtem Grade, aber ganz deutlich, vorhanden.

An Brust- und Bauchorganen nichts besonderes. Puls 70—80. Urinbefund normal. Obstipation.

In psychischer Beziehung wurde eine völlige Apathie konstatiert. Der Junge reagierte gar nicht beim Kommen und Gehen der Mutter. Er konnte keine Kinderlieder singen und besass nicht die geringsten Schulkenntnisse.

Die Krampfanfälle erfolgten im Hospital fast stets ganz plötzlich, öfters auf ganz geringfügige psychische Reize hin. Der Verlauf war meistens folgender: Lebhafte Rötung des Gesichtes, Drehung des Kopfes nach links, dann schnellschlägiges Zucken des linken Augenlides und der linken Gesichtsmuskulatur mit starrer Wendung der Bulbi nach links und beiderseits ad maximum erweiterten, bald auf Lichteinfall reagierenden, bald reaktionslosen Pupillen; dann gehen die klonisch-tonischen Zuckungen auf den linken Arm und endlich auf das linke Bein über, während die rechte Körperhälfte meistens, aber nicht immer, ruhig bleibt. Dauer der Anfälle 1—2 Minuten. Danach ist der Pat. gleich wieder bei sich, gibt die Hand, ist aber sehr matt. Meistens geht Urin unfreiwillig ab.

Vom 19. XII. 05 bis 3. I. 06 schwankte die Zahl der Anfälle zwischen 12 und 14 in 24 Stunden; nachts waren sie stets häufiger als am Tage. Vom 4. I. ab steigerten sie sich bis zu 25. Die Lähmung der linken Seite nahm zu.

Angesichts dieses schweren Zustandes und der drohenden Verblödung hielten wir, da die mit salzloser Diät verbundene Brombehandlung keine Besserung herbeiführte, eine Blosslegung der rechtsseitigen motorischen Rindenregion für geboten; man musste an einen Tumor oder eine Zyste oder an eine andere, die Rinde reizende Veränderung denken.

Ich will nur bemerken, dass wir ausser einer die Norm etwas übersteigenden subarachnoidealen Ansammlung von Liquor cerebrospinalis, die sich aber nicht in zirkumskripter Weise auf die motorischen Rindenfelder beschränkte, sondern aus der ganzen freigelegten Fläche aussickerte, und einer leichten weisslichen Streifung der Gefässe nichts besonderes fanden. Deshalb beschlossen wir, nach Krause die primär krampfenden Zentren durch faradische Reizung zu bestimmen und bis auf das Mark zu exzidieren.

Die Operation wurde in zwei Zeiten ausgeführt. Dieses Vorgehen empfiehlt sich in allen Fällen, in denen es sich um geschwächte Patienten handelt, wie in unserem Falle. Horsley, wohl der erfahrenste Operateur auf dem Gebiete der Hirnchirurgie, operiert, wie er neuerdings wieder hervorhebt (Brit. med. Journ. 1906, 25. August), stets zweizeitig, um eine allzugrosse Schockwirkung zu vermeiden.

In der ersten Sitzung, am 9. I. 06, wurde nach vorausgegangener Bestimmung des Verlaufes des Sulcus Rolandi auf der Schädeloberfläche über der rechten motorischen Region ein Hautperiostknochenlappen gebildet von der Grösse 7:7:6 cm. Die Durchtrennung des Knochens erfolgte mit der Giglisäge, nachdem in der üblichen Weise in der Peripherie des Lappens einige Bohrlöcher angelegt waren. Diese Methode der Knochendurchtrennung ist eine sehr schonende und gelingt bei einiger Uebung und Verwendung der dazu gehörigen Sonden rasch und sicher. Sie entspricht auch dem Postulate von Horsley, dass man den Schädel mit möglichst nach aussen gerichteter Kraftaufwendung öffnen solle. Nachdem der Weichteileknochenlappen heruntergeklappt war und die Dura nunmehr freilag, sah man im vorderen und oberen Abschnitt der Trepanationsöffnung deutliche Hirnpulsationen, während sie im unteren und hinteren Abschnitte fehlten. Hier fand sich dagegen eine etwa markstückgrosse Vorwölbung der Dura, so dass wir an dieser Stelle später die vermutete Zyste oder einen Tumor zu finden hofften. Der Knochenlappen wurde dann nach dem Vorschlage von Krause ringsherum um etwa ½ cm gekürzt, um so für später eine Art Ventilwirkung zu erzielen, wieder zurückgeklappt und mittelst einiger Hautnähte fixiert.

Am 12. I. 06 wurde in leichter Narkose zunächst der Knochenlappen wieder heruntergeklappt und die Dura oben und an den Seiten der Trepanationsöffnung gespalten, so dass sie in Form eines Lappens mit unterer Basis zurückgeschlagen werden konnte. Schon bei diesem Akte entleerte sich ziemlich reichlich Zerebrospinalflüssigkeit und die Inspektion der Gehirnoberfläche ergab denn auch eine vermehrte Flüssigkeitsansammlung im Subarachnoidealraum. Nunmehr punktierte ich im hinteren Abschnitte der Trepanationsöffnung, da hier auch das Gehirn eine leichte Vorwölbung zeigte, nach verschiedenen Richtungen den freiliegenden Bezirk der rechten Hemisphäre.

Aber sowohl die Punktionen als auch eine ca. 2,5 cm lange Inzision (Fig. J.) durch den Hirnmantel hindurch bis in die weisse Substanz hinein ergaben keinerlei Resultat.

Unter diesen Umständen blieb nur die Annahme übrig, dass innerhalb der motorischen Zentren Veränderungen vorhanden sein müssten, die zur Auslösung der Krampfanfälle geführt hatten, und es war deshalb von entscheidender Wichtigkeit, den Sitz der motorischen Zen-

tren mit Sicherheit zu bestimmen und innerhalb dieser das zu exzidierende primär krampfende Zentrum zu umgrenzen.

H. = hintere, V. = vordere Zentralwindung. J. = Inzision. D. = Durallappen.

Krause betont in seinen Publikationen, dass sich bis jetzt die meisten Operateure nach anatomischen Merkmalen gerichtet hätten, vor allem nach dem Verlauf der Piagefässe. Im Sulcus Rolandi soll sich im allgemeinen eine ziemlich starke doppelt knieförmig gebogene Vene finden. Dieses Verhalten ist aber durchaus nicht konstant. Es liegt nun auf der Hand, dass man bezüglich der Orientierung auf der freigelegten Hirnoberfläche den schwersten Irrtümern ausgesetzt sein kann, wenn man sich lediglich auf die sehr variablen anatomischen Merkmale verlässt, und dass man bei einer unter solchen Voraussetzungen exzidierten Rindenpartie sehr oft keine genügende Gewähr für ihre Bedeutung hinsichtlich der motorischen Funktionen hat. Diese Irrtümer werden durch das Resultat der faradischen Reizung mit Sicherheit ausgeschaltet. Die Reizung geschieht, wie bekannt sein dürfte, nach den Angaben von Krause einpolig mittelst auskochbarer Elektrode,

nachdem man vorher die Arachnoidea eingeritzt hat, um die subarachnoideale Flüssigkeit aus dem zu reizenden Rindengebiete aussickern zu lassen.

In unserem Falle ergab die Untersuchung folgendes (vgl. Figur):

Bei 1 traten Zuckungen in den Hals- und Nackenmuskeln auf. Das war besonders wichtig, weil die Krampfanfälle stets mit einer ruckweisen plötzlichen Drehung des Kopfes nach links eingesetzt hatten. Bei 2 erfolgten Zuckungen im linken Arm, bei 3 im unteren Fazialisgebiet. Nachdem die Trepanationsöffnung nach oben noch etwas erweitert war, um das Armzentrum gehörig zugänglich zu machen, wurde nunmehr das ganze in der Figur schraffierte Rindengebiet bis ins Mark exzidiert, und zwar in einer Länge von 30 mm, einer Breite von 15 mm und einer Dicke bis zu 5 mm. Auf diese Weise war das primär krampfende Zentrum mit Sicherheit in der erforderlichen Ausdehnung eliminiert. Die Blutung war zunächst eine ziemlich lebhafte, stand aber nach einiger Zeit auf Tamponade. Dura- und Weichteilknochenlappen wurden dann wieder nach oben zurückgelegt und die Haut in ganzer Ausdehnung geschlossen bis auf eine kleine Lücke, die zum Herausleiten eines schmalen in den Gehirndefekt eingelegten Gazestreifens diente. Der Junge überstand die Operation sehr gut, nur am Abend des Operationstages traten vorübergehend geringe Kollapserscheinungen ein, die aber am nächsten Tage bereits verschwunden waren. Der Gazestreifen wurde nach 4 Tagen entfernt, die Wundheilung erfolgte ohne jede Störung. Der postoperative Verlauf gestaltete sich nun folgendermassen: Nach der ersten Operation besserte sich die Beweglichkeit des linken Armes und Beines ein wenig. Nach der zweiten Operation trat zunächst eine Zunahme der Lähmung der linken Gesichtshälfte und am linken Arm ein, während die Beweglichkeit des linken Beines schon nach einigen Tagen gebessert schien. Ferner wurde an der linken Hand eine komplette, vor der Operation sicher nicht vorhanden gewesene Stereoagnosie bei intakter Berührungs- und Schmerzempfindlichkeit festgestellt. Pat. erkannte die gewöhnlichsten Gegenstände mit der linken Hand nicht, während er sie nach Betastung mit der rechten Hand sofort richtig bezeichnete. Diese Tastlähmung dauerte 9 Tage nach der Operation an und verschwand dann völlig. Die Anfälle waren in den ersten 14 Tagen noch ziemlich häufig, hatten aber ihren Charakter insofern verändert, als sie mehr tonisch waren und öfters dabei auch eine Art Tretbewegung mit dem rechten Bein ausgeführt wurde. Schon 11 Tage nach der Operation konnte der linke Arm bis zur Horizontalen erhoben werden; die 4 äusseren Finger der linken Hand standen oft wie bei Athetose und machten leichte Zitterbewegungen. Die Lähmung des linken Beines war zu dieser Zeit fast völlig zurückgegangen, auch die Parese des linken unteren Fazialis war etwas geringer geworden; die Differenz der Patellarreflexe sowie das Babinskische Zeichen links bestanden noch fort. Die geringen Sensibilitätsstörungen waren nicht mehr zu konstatieren. In psychischer Beziehung war eine deutliche Besserung zu beobachten: Der Junge war viel munterer, er setzte sich öfters auf und begann zu spielen. Am 18. Februar wurde er nach Hause entlassen. Seit Anfang dieses Monats begannen die Anfälle an Zahl geringer

zu werden; es verging jedoch kein Tag ohne wenigstens 3—4. Bei der Entlassung war das linke Bein normal, der linke Arm und Mundfazialis noch etwas paretisch. Der linke Patellarreflex war noch etwas lebhafter als der rechte; das Babinskische Phänomen bestand nicht mehr, wohl aber erfolgte auf Bestreichung der Fussohle noch eine Dorsalflexion sämtlicher Zehen. In psychischer Beziehung hatte sich der Patient völlig verwandelt: er sang, pfiff und spielte, sobald man ihn sich selbst überliess; beim Anblick der Aerzte zeigte er grosse Angst. Zu Hause hatte er dann nach Angabe der Mutter in der ersten Zeit noch häufige Anfälle; erst Mitte März nahmen sie wieder ab. Von Anfang April an traten nachts keine mehr auf, vom 30. April ab auch bei Tage nicht mehr; er ist also jetzt über ½ Jahr[1]) ohne Konvulsionen, auch ohne Absenzen geblieben (NB. Ohne jede Medikation). Die linke obere Extremität ist seit Anfang April normal kräftig; der Mundfazialis links ist heute noch eine Spur schwächer als der rechte. Der Knabe ist jetzt einer der wildesten in seinem Dorf, hilft auch auf dem Felde mit und besucht seit dem 1. September wieder die Schule und zwar nach Aussage der Mutter mit bestem Erfolge. Während er vor der Operation ausgesprochen linkshändig gewesen sein soll und auch jetzt noch zu den meisten Verrichtungen, z. B. Essen, Werfen, vorwiegend die linke Hand benützt, schreibt er ausschliesslich mit der rechten.

Die Operationsnarbe ist vollkommen reizlos, auf Druck noch in mässigem Grade empfindlich. Bei der Palpation fühlt man entlang dem Verlaufe der Hautnarbe eine schmale Lücke zwischen Knochenlappen und Schädelkapsel und kann auf Druck noch ein leichtes Federn des Ersteren konstatieren.

M. H.! Wir sind weit entfernt davon, Ihnen diesen Jungen als einen geheilten Fall von Jacksonscher Epilepsie vorzustellen; dazu ist die anfallsfreie Zeit natürlich viel zu kurz. Der Erfolg ist ja bis jetzt in jeder Beziehung ein ausserordentlich erfreulicher, und es wird auch niemand bestreiten wollen, dass er der Operation zu verdanken ist. Der hauptsächlichste Grund, der uns veranlasst, diesen Fall hier zu demonstrieren, ist der, nachdrücklichst auf das von F. Krause in Berlin seit einer Reihe von Jahren geübte und von ihm auch mehrfach publizierte Operationsverfahren (Deutsche Klinik, Hirnchirurgie; Berliner klin. Wochenschr. 1905, Festschrift für C. A. Ewald) hinzuweisen. Kr. legt einen grossen Wert darauf, bei allen denjenigen Fällen von Jacksonscher Epilepsie, bei denen nach Freilegung der Gehirnoberfläche keine erheblichen Veränderungen, wie z. B. Tumoren, enzephalitische oder porenzephalische Zysten gefunden werden, die den Symptomenkomplex erklären und die entsprechende Behandlung erfordern, die primär in Reizung versetzten Zentren bis auf das Mark zu exzidieren, aber erst dann, nachdem man diese Stellen in der motorischen Rindenregion durch faradische Reizung genau bestimmt und

[1]) Zur Zeit der Korrektur ¾ Jahre.

umgrenzt hat. Kr. sagt, die von Horsley und v. Bergmann inaugurierte Exzision sei zu Unrecht verlassen worden. Die Mehrzahl der Chirurgen habe das befallene Zentrum lediglich nach anatomischen Merkmalen bestimmt; dieses Vorgehen sei wegen seiner Unzuverlässigkeit zu verwerfen. Und in der Tat, m. H., wer Gelegenheit gehabt hat, sich mit dem Studium der Windungen und Furchen des Gehirns eingehender zu beschäftigen, wird Kr. völlig beistimmen, wenn er immer wieder hervorhebt, wie variabel, unbeständig und individuell schwankend diese Gebilde sind. Dasselbe trifft auch für die Piavenen zu, nach denen sich viele Operateure gerichtet haben. Er sagt direkt: „Man kann nicht auf Erfolge rechnen, wenn man in diesen schwierigen Fällen nicht unser wichtigstes Hilfsmittel der Lokalisation an der Hirnrinde in Anwendung zieht.“ Er verwirft auch den Standpunkt, sich bei normal aussehender und pulsierender Dura mit der blossen Trepanation zu begnügen, da er bei diesem Befunde nach der Eröffnung der Dura schwere Veränderungen am Hirn gesehen, während die letzteren in anderen Fällen unbedeutend waren, trotz fehlender oder geringer Durapulsationen. Vor der Exzision der krampfauslösenden Rindenpartien empfiehlt Kr. dann, wenn keine Krankheitsprodukte zu sehen, oder wenn dieselben zu unbedeutend sind, wie z. B. eine Leptomeningitis in zirkumskripter Ausdehnung, über jenen Stellen zu punktieren, um nach einem subkortikalen Krankheitsherd zu suchen, nötigenfalls auch zu inzidieren.

Nun ist gegen diese therapeutische Rindenexzision der Einwand erhoben worden, der gesetzte Defekt könne doch nur durch eine Narbe ausheilen, und diese könne wiederum Epilepsie hervorrufen, wie in den bekannten Tierexperimenten Hitzigs. Kr. hebt demgegenüber, und, wie ich glaube, mit vollem Rechte hervor, dass über die Richtigkeit und Unrichtigkeit dieser Schlussfolgerungen beim Menschen nur praktische Erfahrungen entscheiden können, und da lehren seine Beobachtungen, „dass zum mindesten eine derartige das Rezidiv in sich tragende Wirkung der entstehenden Narbe nicht immer zu stande kommt.“ So hat er z. B. bei einem Mädchen vor 12 Jahren eine grosse subkortikale Zyste durch breite Inzision entleert und drainiert; die Wunde konnte doch nur durch Vernarbung ausheilen, und trotzdem ist das Mädchen seit fast 12 Jahren von schwerer Epilepsie und Verblödung geheilt geblieben. Ferner sah Kr. mehrmals nach Exzision des primär in Reizung versetzten, normal aussehenden Zentrums die Anfälle schwinden, die vorher nie länger als höchstens 9 Tage ausblieben und sich bis zu 8 am Tage häuften. Da muss man

doch seinem Schlusse beipflichten, „dass die postoperative aseptische Narbe jenen die Krampfanfälle auslösenden Reiz eben nicht mehr ausübt“.

Was für ein Krankheitsprozess lag nun bei unserem Patienten vor, dem man die epilepsieerzeugende Wirkung zuschreiben könnte? Der Junge hatte seinen ersten Krampfanfall, wie erwähnt, ca. 8 Tage vor Ausbruch des Scharlachs; der Verlauf des Scharlach soll, abgesehen von der Zunahme der Konvulsionen, nichts Besonderes dargeboten haben. Nun kommt ja bei und nach verschiedenen Infektionskrankheiten, namentlich bei Influenza, aber auch bei Masern, Scharlach, Pneumonie und Erysipel, die akute, nichteitrige Enzephalitis bezw. Meningoenzephalitis nicht allzuselten vor; es ist mir aber nicht bekannt, ob sie auch bereits im Inkubationsstadium der Skarlatina beobachtet ist. Die Möglichkeit wird wohl nicht von der Hand zu weisen sein, da man doch annehmen muss, dass die Krankheitskeime schon mit dem Zeitpunkt der Infektion in den Körper eindringen. Bei dieser Form der Enzephalitis tritt die kortikale Epilepsie als Symptom auf, und zwar bei Kindern häufiger als bei Erwachsenen. In dem exzidierten Rindenstück wurden allerdings im neurologischen Institut mikroskopisch keine deutlichen, auf einen abgelaufenen Entzündungsprozess zu beziehenden Veränderungen gefunden; freilich konnte infolge eines Versehens bei der Härtung eine feinere Untersuchung der Nervenzellen und der Glia nicht ausgeführt werden. Nun könnte man aber auch annehmen, dass die Hirnentzündung eine sehr leichte war und ohne anatomische Veränderungen zu hinterlassen, ausgeheilt wäre; das wäre bei der starken Regenerationskraft des kindlichen Gehirns nicht unmöglich. Trotzdem könnte die Affektion dazu hingereicht haben, die sogenannte epileptische Veränderung herbeizuführen, zumal dieselbe bekanntlich im Kindesalter relativ leicht auftritt. Für die Annahme einer Meningoenzephalitis könnte man vielleicht auch die die Norm übersteigende Menge von Liquor cerebrospinalis verwerten, die nach Eröffnung der Dura abfloss, sowie die weissen Streifen an den Gefässen. Sehen wir von dieser Vermutung ab, dann läge eben nur ein zufälliges zeitliches Zusammentreffen des Epilepsiebeginns mit dem akuten Exantheme vor.

Ebenso schwierig wie die Entscheidung dieser Frage ist die Erklärung der Tatsache, dass nach der Exzision der rechtsseitigen Zentren die linksseitige Hemiparese so gut wie ganz verschwunden ist. In den ersten 10 Tagen war allerdings eine Zunahme der Lähmung festzustellen. Aber die Besserung begann schon sichtlich am 11. Tage und machte dann immer

grössere Fortschritte. Ungefähr 2½ Monate nach der Operation war der Arm normal beweglich. Nach den experimentellen Rindenexstirpationen bei höheren Tieren, auf die ich hier nicht näher eingehen kann, z. B. nach Ausschaltung des Gyrus sigmoideus, fallen fast stets dauernd die Sonderbewegungen, d. h. die Bewegungen, „welche einem besonderen, auf sie gerichteten Willensakt ihre Entstehung verdanken“, (Schiff, zitiert nach Nagel, Handbuch der Physiologie des Menschen, Bd. IV, S. 64) weg, während die Gemeinschaftsbewegungen, wie Springen, Klettern, Laufen usw. erhalten bleiben. Bei unserem Knaben sind sämtliche Bewegungen normal geworden. Das ist um so merkwürdiger, als die kortiko-motorischen Zentren bei den Tieren doch nicht die grosse Bedeutung für die willkürlichen Bewegungen besitzen, wie beim Menschen. Vielleicht kann man sich dieses auffallende Verhalten einigermassen durch folgende Ueberlegungen erklären: Es ist bekannt, dass im jugendlichen Alter sowohl die Restitutionsfähigkeit des Gehirns als auch seine Kompensationsfähigkeit eine sehr bedeutende ist, jedenfalls eine viel ausgiebigere als in späteren Lebenszeiten. Die Restitution vollzieht sich wahrscheinlich von den an die exzidierten Teile direkt angrenzenden Randpartien aus, die noch dem Innervationsgebiete der geschädigten Muskeln angehören, und dieser Rest, auf welchen nunmehr der Organismus angewiesen ist, erfährt eine erhöhte Auswertung, bei welcher Uebung und Aufmerksamkeit von entscheidendem Einflusse sind (H. Munk, zitiert nach Nagel, l. c. S. 89). Auch neuere Untersuchungen von Beck sprechen für einen solchen Ersatz (cf. Nagel, l. c.). Das Kompensationsvermögen des Gehirns, welches ja, wie leicht ersichtlich, nicht scharf von dem der Restitution zu trennen ist, äussert sich nach Fortfall von Partien des Kortex und seiner Projektionsbahnen zunächst in einem Selbständigerwerden der subkortikalen Stammganglien; freilich ist dieses Vikarieren bei den Tieren um so ausgeprägter, je tiefer sie stehen; aber mancherlei pathologische Beobachtungen lehren, dass auch beim Menschen diese so willkommene Autonomie des Zwischen- und Mittelhirns von grosser Bedeutung ist. Noch wichtiger und über allen Zweifel erhaben ist das Einspringen der korrespondierenden Rindenpartien der anderen Hemisphäre. Haben doch sogar manche Forscher, unter ihnen namentlich Broadbent, die Anschauung vertreten, dass eine doppelseitige Innervation in gewissem Grade auch für die Skelettmuskulatur besteht. Dieser funktionelle Ersatz seitens der kontralateralen Hemisphärenrinde muss wohl beim Menschen wegen des viel selbständigeren Einflusses des Kortex auf die intendierten Bewegungen ein erheblich grösserer sein als beim Tiere. Hierzu

kommt nun noch in unserem konkreten Falle ein Moment, welches wir m. E. nicht unterschätzen dürfen. Die Krämpfe und Lähmungen bei unserem Patienten betrafen die linke Körperseite, exstirpiert wurden die entsprechenden Zentren der rechten Hemisphäre; vikariierend eintreten musste also die linke Hemisphäre. Nun ist es durch die Untersuchungen Liepmanns über Apraxie wahrscheinlich gemacht, dass die linke motorische Rindenregion ausser ihrer Bedeutung für die rechtsseitigen Extremitäten und für die Sprache auch einen nicht geringen Einfluss auf das Handeln mit der linken oberen Extremität besitzt. Dieser Umstand musste natürlich die Wiederherstellung der Bewegungsfähigkeit des linken Armes und der linken Hand ganz erheblich unterstützen.

Kr. sagt in der erwähnten Arbeit (in der Festschrift für Ewald): „Es würde mich aber zu weit von meinem Thema abbringen, wollte ich hier die Störungen, die nach der Rindenexzision beim Menschen eintreten, und die Regenerationserscheinungen besprechen; diese Untersuchungen werden an einem anderen Orte veröffentlicht werden." Auf meine Anfrage, ob diese Publikation schon erfolgt sei, antwortete mir der Autor vor kurzem, dass hierüber in einem Jahre eine selbständige Monographie erscheinen würde. Aus dieser Absicht Kr.s können sie ersehen, wie bedeutsam diese Fragen sind, und dass sie eben für den Menschen einwandfrei nur durch praktische Erfahrungen am Menschen selbst zu lösen sind.

Ihre Tragweite erscheint aber noch viel grösser, wenn wir uns der operativen Behandlung der sogen. allgemeinen genuinen Epilepsie zuwenden. Zunächst ist hier darauf hinzuweisen, dass hervorragende Autoren eine scharfe Trennung der symptomatischen und genuinen Epilepsie verwerfen.

Zu jenen Forschern gehören vor allem Pierre Marie und Freud. Redlich (Ueber Halbseitenerscheinungen bei der genuinen Epilepsie; Archiv f. Psychiatrie, Bd. 41, H. 2) hat dieses Thema neuerdings eingehend behandelt. Seine Arbeit liegt den folgenden Ausführungen zugrunde. Man weiss seit langer Zeit, dass Jacksonsche Anfälle die ihnen eigentümlichen Charaktere, wie Erhaltensein oder wenigstens nicht völliges Erloschensein des Bewusstseins, Halbseitigkeit, im Laufe der Zeit verlieren und in allgemein epileptische Attacken übergehen können; ferner, dass gar nicht selten, namentlich bei Kindern, mitten unter den gewöhnlichen typischen Anfällen solche von Jacksonschem Charakter auftreten können. Bei unserem Knaben wurden sogar die anfänglichen halbseitigen Anfälle 2½ Jahre hindurch von Absenzen abgelöst und diese wiederum von Jacksonschen Krämpfen. Jedem einigermassen erfahrenen Beobachter werden solche Beispiele bekannt sein, und sie würden meines Erachtens noch häufiger sein, wenn man diese Möglichkeit bei der Anamnese mehr berücksichtigte. — Von grosser Bedeutung für die Aufrechterhaltung des Begriffes der genuinen Epilepsie als selbständiger Neurose

sind ihre Beziehungen zur zerebralen Kinderlähmung. Dass die letztere in sehr vielen Fällen der Ausgang einer akuten Encephalitis ist, die in den motorischen Rindenzentren gespielt hat, ist jetzt wohl allgemein anerkannt. Pierre Marie trat schon Ende der 80 er Jahre des vorigen Jahrhunderts warm für eine weitgehende Analogisierung der symptomatischen Epilepsie bei der zerebralen Kinderlähmung und der idiopathischen Epilepsie ein. Auf Marie folgte Freud in seinen Arbeiten über zerebrale Kinderlähmung. Er und Rie machen insbesondere auf die Abortivfälle aufmerksam, die Fälle von „zerebraler Kinderlähmung ohne Lähmung". Manche Beobachtungen von anscheinend idiopathischer Epilepsie erweisen sich nach ihnen bei näherer Untersuchung, auch bei der Obduktion, als solche rudimentäre Fälle von zerebraler Kinderlähmung. Sie erkennen scharfe Grenzen zwischen dieser Erkrankung und Epilepsie nicht an. Man muss nach ihnen die Epilepsie ohne Zaudern den organischen Hirnkrankheiten zurechnen; sie sei auf materielle, wenn auch noch unbekannte Ursachen zurückzuführen. Auch in seiner Bearbeitung der zerebralen Kinderlähmung in Nothnagels Handbuch vertritt Freud diese Ansicht. Ihm hat sich nun eine ganze Reihe von Autoren angeschlossen, ich nenne nur Koenig, Muratoff, Pick, Alt. Bezüglich des Näheren muss ich auf Redlichs Arbeit verweisen. Heilbronner meint, dass man, wenn man auch der Epilepsie eine diffuse Erkrankung der Hirnrinde zugrunde legen wolle, doch die Annahme nicht von der Hand weisen dürfe, dass die Veränderung zu mindest in einem Teile der Fälle von einer bestimmten Gegend ihren Ausgang nehme und auch später hier am stärksten nachweisbar sei. Ganz neuerdings hat sich von Pädiatern Zappert (Beitrag zur Entstehung der Epilepsie; Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 64, S. 490) in diesem Sinne ausgesprochen. Er sagt: „Vielleicht lassen sich bei genauer Anamnese viele Fälle von genuiner Epilepsie auf encephalitische Erkrankungen im Kindesalter zurückführen."

Bei Redlich findet man auch die Autoren, die eine scharfe Trennung beibehalten wissen wollen, und ihre Argumente angeführt. Zur Entscheidung dieser wichtigen Frage hielt R. es für notwendig, alle Fälle von genuiner Epilepsie daraufhin zu untersuchen, ob und wie oft sich Hinweise für eine anatomische Begründung der Anfälle nachweisen lassen. Und diese Untersuchungen führte er nun methodisch an dem Materiale der v. Wagnerschen Klinik in Wien aus. Es liegt auf der Hand, dass man in der Hauptsache nach feineren Differenzen in der Innervation beider Körperseiten fahnden musste. R. richtete sein Augenmerk auf ganz leichte Hemiparesen im Gebiete der Hirnnerven, speziell des Fazialis und Hypoglossus, und der Extremitäten, ferner auf Differenzen in dem Verhalten der Sehnen- und besonders der Hautreflexe beider Seiten. Er hebt aber selbst hervor, dass es auch ratsam sein dürfte, auf leicht aphatische Erscheinungen und auf Hemianopsien zu achten. Ich möchte auch noch Kopfschmerzen hinzufügen, die dauernd an bestimmten Stellen lokalisiert sind; ferner zirkumskripte Klopfempfindlichkeit des Schädels, sowie vasomotorische Symptome, die auf die distalen Enden der Extremitäten einer Körperseite beschränkt bleiben. Ich möchte auch von der Verwertung der Liepmannschen Arbeiten über apraktische Störungen und über die Bedeutung der linken Hemisphäre auch für die linken Extremitäten gerade für die hier in Rede stehenden Untersuchungen recht fruchtbringende Ergebnisse erwarten. Aber auch

dann bleiben immer noch sog. „stumme" Rindengegenden übrig, d. h. solche, deren Läsion sich durch die klinische Untersuchung heute noch nicht nachweisen lässt. Es würde hier zu weit führen, auf die mannigfachen Schwierigkeiten einzugehen, die Redlich bei seinen Untersuchungen in dem Gegenstand selbst fand, auf die verschiedenen Einwände, die er sich mit anerkennenswerter Kritik selbst macht; ich will nur sein Gesamtresultat mitteilen. Er fand ungefähr 40 Proz. positiver und etwa 15 Proz. zweifelhafter Fälle; d. h. in ungefähr der Hälfte seiner Beobachtungen waren mehrere Symptome vorhanden, die auf einen leichten organischen Prozess in der Rinde einer Hemisphäre bezogen werden konnten. Redlich kommt zu dem Schluss, „dass diese hemiparetischen Erscheinungen unzweifelhaft auf eine gewisse Bevorzugung einer Hemisphäre, auf eine Läsion dieser Seite hinweisen". Er neigt mit seiner Anschauung über das Wesen der Epilepsie am meisten der Anschauung Heilbronners (s. o!) zu. — M. H.! Mir scheinen diese Untersuchungen von Redlich für die Frage der operativen Behandlung der essentiellen Epilepsie von der grössten Bedeutung zu sein; ihre Nachprüfung von seiten verschiedener Beobachter ist deshalb dringend wünschenswert.

Was lehrt nun die pathologische Histologie der genuinen Epilepsie? Ohne auf die Befunde der einzelnen Autoren und ihre Deutung näher einzugehen, kann man wohl als das von den meisten Untersuchern in einem grösseren Prozentsatz der Fälle gefundene, wichtigste Ergebnis eine starke Zunahme des Gliafilzes der Gehirnrinde und der Gliaelemente überhaupt ansehen; sie war oft um so stärker, je ausgeprägter die durch die Epilepsie herbeigeführte Demenz war. Im allgemeinen war diese Veränderung über das Gehirn diffus verbreitet; jedoch geben einige Forscher an, dass sie an bestimmten Partien besonders deutlich war. Also auch die anatomischen Untersuchungen lassen schon heute die Auffassung der genuinen Epilepsie als einer reinen Neurose als recht zweifelhaft erscheinen; sie bedürfen aber dringend noch einer weiteren Ausdehnung, namentlich auch in der Richtung, ob die erwähnte Veränderung bei kürzerer Dauer der Krankheit nicht doch vielleicht in den motorischen Rindenzentren in stärkerem Grade auf einer Seite mehr als auf der anderen anzutreffen ist.

Hier möchte ich auch der Vermutung Ausdruck geben, ob nicht in manchen Fällen von Epilepsie, in denen weder eine makroskopische noch eine mikroskopische Alteration zu konstatieren ist, eine sogenannte Hirnschwellung als krampferzeugender Faktor anzusprechen ist, auf die in den letzten Jahren Reichardt in Würzburg aufmerksam gemacht hat; hierbei besteht ein deutliches Missverhältnis zwischen Gehirnvolumen und Schädelkapazität.

Was nun die bisherigen Ergebnisse der chirurgischen Behandlung der idiopathischen

Epilepsie anbelangt, so lehrt die Literatur, dass doch schon recht Beachtenswertes geleistet worden ist. Kocher legt bekanntlich den grössten Wert auf die Druckentlastung des Gehirns durch Ventilbildung, die er durch dauernde Entfernung des trepanierten Knochenstückes zu erreichen glaubt. Weder Krause noch P. L. Friedrich, dem wir eine sehr bemerkenswerte Arbeit über unseren Gegenstand verdanken, vermögen sich dieser Theorie Kochers anzuschliessen. Der erstere Autor hat bei seinen Fällen von allgemeiner Epilepsie nach der Ventilbildung allein nicht den geringsten dauernden Erfolg gesehen. Er ist aber dafür, auch bei seiner Operationsmethode — für ihn bilden zur Zeit nur Fälle von Jacksonschem Typus eine Indikation zum chirurgischen Eingriff — keinen vollkommen knöchernen Verschluss der Schädelkapsel zu stande kommen zu lassen. Er empfiehlt, das herausgeschnittene Knochenstück nicht ganz zu entfernen, sondern ringsherum einen zentimeter- bis fingerbreiten Streifen Knochensubstanz fortzunehmen. P. L. Friedrich (Ueber die operative Beeinflussbarkeit des Epileptikergehirns. Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie, 34. Kongress, 1905, S. 456 ff.), der seine Operationen an 11 Fällen von genuiner Epilepsie der Flechsigschen Klinik vornahm, sah gerade bei 2 seiner besten Heilerfolge eine vollständige Wiederverknöcherung der durch die Trepanation gesetzten Schädellücke eintreten. Er glaubt nach seinen Ermittelungen, dass mechanische (traumatische) Insulte für die erste Auslösung des epileptischen Krankseins von noch viel grösserer Bedeutung seien, als man bisher annahm. Er verwirft die Trennung der Jacksonschen von der genuinen Epilepsie mit dem Hinweis auf die unumstössliche Tatsache, dass aus der ersteren sich allmählich die letztere entwickeln kann, und hält es für zweckmässig, Fälle mit sicher, unsicher und unwahrscheinlich traumatischer Genese zu unterscheiden. Friedrich exzidiert ein mehr weniger grosses Stück der Dura, schont aber peinlichst die weichen Häute und die Rinde. Bei der Deutung der mit dieser Methode erzielten Erfolge meint er, das Wesentliche der operativen Beeinflussbarkeit sei dunkel; vielleicht könne man eine mechanische Wirkung auf die Hirnrinde annehmen. Ich für meinen Teil möchte sowohl aus allgemeinen pathologisch-physiologischen Gründen als auch mit Rücksicht auf die relativ grosse Zahl der Dauererfolge dem Krauseschen Verfahren auch für die allgemeine Epilepsie den Vorzug geben.

Von verschiedenen Chirurgen ist auch in den letzten Jahren betont worden, dass man sich bei der Beurteilung der Operationsresultate auch mit langdauernden Besserungen und vor allem mit der Verhütung der epileptischen De-

menz begnügen und nicht immer gleich eine völlige Heilung verlangen solle, die doch durch die medikamentös-diätetische Therapie in einigermassen schweren Fällen nur recht selten erreicht werde. Ich glaube, dieser Hinweis ist durchaus berechtigt.

M. H.! Das nächste Ziel, das wir uns in derFrage der operativen Behandlung der Epilepsie stecken müssen, besteht m. E. darin, wie vor jedem anderem chirurgischen Eingriffe, die richtige Indikationsstellung zu finden. Bei den typischen Jacksonschen Fällen wird man sich ja nach Erschöpfung der internen Behandlung wenigstens vorläufig noch viel leichter zu einem Eingriff entschliessen. Man muss sich hierbei, ganz abgesehen von den an Zahl schon nicht mehr geringen Erfolgen, vor Augen halten, dass bei einwandfreier Asepsis und zweizeitiger Operation die Lebensgefahr nicht als gross bezeichnet werden kann, und dass bei einem Rückfall eine Verschlimmerung der Krämpfe als Effekt der Operation bisher nicht beobachtet zu sein scheint, dass aber andererseits viele Epileptiker durch die Fortdauer der Konvulsionen unaufhaltsamer Verblödung und schwerem Sichtum verfallen.

Betreffs des Zeitpunktes der Operation verlangen die Chirurgen, man solle nicht allzulange warten, damit die sogenannte epileptische Veränderung sich im Gehirn nicht zu fest stabilisiere. Andererseits wird sich der Patient, bezw. seine Angehörigen, auch nicht zu schnell entschliessen, zumal da ja auch öfters Spontanheilungen vorkommen. Man muss auch berücksichtigen, dass Epileptiker, die bereits 20 und mehr Jahre ihre Anfälle hatten, und schon deutlich dement waren, durch Trepanation noch geheilt oder wenigstens ganz wesentlich und dauernd gebessert wurden. Häufung der Anfälle sowie Zunahme der Lähmungen und deutliche Zeichen beginnender Verblödung dürften ohne weiteres als Indikationen zu betrachten sein.

Das kindliche und jugendliche Alter werden wegen der grösseren Restitutions- und Kompensationsfähigkeit des Gehirns den Entschluss zur Operation eher reifen lassen, als das spätere Lebensalter. Angesichts des Erfolges bei unserem kleinen Patienten möchte ich auch unter allem Vorbehalt den Vorschlag zur Diskussion stellen, ob man nicht bei manchen Fällen von zerebraler Kinderlähmung ohne Epilepsie, natürlich erst längere Zeit nach Ablauf des akuten Prozesses, zur Rindenexzision schreiten soll. Es ist ja bekannt, dass bei diesen Kranken noch nach vielen Jahren, oft erst in der Pubertät, schwere Epilepsie auftritt. Man könnte vielleicht auf diesem Wege manche Verkrüppelung verhüten und wohl auch

die oft so ausserordentlich störende, zuweilen schon allein Erwerbsunfähigkeit bedingende Athetose beseitigen.

Manche Beobachtungen aus der Kasuistik der Epilepsieoperationen legen es nahe, ein Alter von über 40 Jahren als Kontraindikation zu betrachten. Unter keinen Umständen darf man ferner an einen Eingriff denken bei den symptomatischen Krampfanfällen, die bei der klassischen und der arteriosklerotischen Paralyse auftreten.

Ferner möchte ich mich eher zum chirurgischen Eingreifen verstehen bei linksseitigen Krämpfen, bei denen die den Reizzustand erzeugenden Alterationen in der rechten Hemisphäre zu vermuten sind, weil die funktionelle Kompensation von Seiten der an Einfluss präponderierenden linken Hemisphäre in höherem Masse zu erwarten ist, als von der rechten. Eine eigene Beobachtung, die ich in diesem Jahre gemeinsam mit Herrn Dr. Brodnitz machte, sowie ein erst jüngst von Rinne publizierter Fall (Operative Behandlung der genuinen Epilepsie, Deutsche med. Wochenschr. 1906, No. 36) sprechen auch in diesem Sinne.

Jener betraf eine 45jährige, seit 7 Jahren an rechtsseitigen Krampfanfällen mit Hemiparese leidende Frau. Obwohl hier nur trepaniert und eine Punktion in die entsprechenden linksseitigen Rindenzentren ohne Exzision ausgeführt wurde, trat eine völlige schlaffe Paralyse der vorher leicht paretischen rechtsseitigen Extremitäten nebst motorischer und sensorischer Aphasie ein. Später kam ein Hirnprolaps hinzu, der schliesslich gangräneszierte. Eine bestimmte Ursache für die Konvulsionen und die Lähmung fand sich nicht bei der anatomischen Untersuchung. Der Kranke Rinnes hatte seit seinem 11. Lebensjahre Anfälle. Obwohl erst im 27. Jahre nach Krauses Methode operiert wurde und schon hochgradige Demenz nebst rechtsseitiger Gesichts- und Armlähmung bestand, wurde der Patient so erheblich gebessert, dass er in den letzten 12 Jahren völlig leistungsfähig war und seine Familie ernähren konnte. Nur seinen rechten Arm konnte er nach der Operation nicht so gut gebrauchen wie vorher.

Diese Gesichtspunkte treffen nun auch für die operative Therapie der sog. genuinen Epilepsie zu. Hier würde man ferner um so eher einen Eingriff ins Auge fassen können, je mehr Halbseitenerscheinungen sich bei gründlicher Untersuchung konstatieren lassen, und je bestimmter die sorgfältig aufgenommene Anamnese für die Einwirkung eines erheblicheren Kopftraumas oder eines früheren

encephalitischen Prozesses oder für ein temporäres Beschränktsein der Anfälle auf **eine** Körperseite spräche.

M. H.! Ich habe versucht, Ihnen an der Hand des nun zu demonstrierenden Falles in aller Kürze über den heutigen Stand der Frage der operativen Epilepsiebehandlung zu referieren. Wie Sie gesehen haben, fallen die trennenden Schranken zwischen dem Jackson schen Typus und der sog. idiopathischen Form immer mehr, und so sehr wir uns hier noch auf schwankendem Boden befinden, so ist doch wohl zu hoffen, dass es in absehbarer Zeit den vereinten Anstrengungen der Chirurgen, der Hirnanatomen und der Neurologen gelingen wird, dieser furchtbaren Geissel der Menschheit noch manches Opfer zu entreissen.

Ordentliche Sitzung vom 3. Dezember 1906.

Vorsitzender: Herr E. Cohn.
Schriftführer: Herr H. Seligmann.

Herr Roth-Usingen: Ich bin genötigt, auf eine Bemerkung des Herrn Friedrich Straus gelegentlich seiner Demonstration einer exstirpierten Prostata in der vorigen Sitzung zu replizieren, da dies damals aus Rücksicht auf die Tagesordnung untunlich war.

Es konnte nach jener scheinen, als ob bei dem von mir vor 4 Wochen demonstrierten Operationsfalle eine gestielte Geschwulst — was also einen erheblich geringeren Eingriff darstellen würde — entfernt worden wäre. Dass dem nicht so ist, geht schon aus dem Wortlaut meiner damaligen Darlegungen hervor; ich durfte dies aber hier nicht unwidersprochen lassen, da ich damals mit den Zweck verfolgte, zu zeigen, dass auch eine so eingreifende Operation bei geeigneter Technik und Nachbehandlung selbst einem so alten dekrepiden Patienten zugemutet werden könne.

Weiterhin vermag ich den Enthusiasmus des Herrn Straus bezüglich der Lumbalanästhesie nicht zu teilen; anscheinend ist schon ein Rückgang in der Anwendung der Methode eingetreten; so ist z. B., wie mir mitgeteilt wurde, die Tübinger Klinik von dem Verfahren gänzlich abgekommen.

Herr **Bolt: Demonstrationen:**

1. **Lobärpneumonie beider Unterlappen im Stadium der grauen Hepatisation.** Tod durch Herzdilatation. Potator.

2. **Dilatiertes fettig degeneriertes Herz von Potator.**

3. **Arteriosklerotische Schrumpfnieren.** Stenosierende Endarteriitis der Arteriae renales am Abgang von der Aorta. Verschiedene Grösse der Nieren, entsprechend der verschiedengradigen Arterienstenose.

4. **Primäres Blasenkarzinom** (histologisch Plattenepithelkarzinom). Flächenhafte Ausdehnung an der hinteren Blasenwand. 70 jähr. Mann.

5. **Multiple Gummata der Leber.** Vereiterung eines subkapsulären Gumma. Durchbruch in die Bauchhöhle. Subphrenischer Abszess. Tod an Kachexie.

6. **Septikopyämie,** ausgehend von rekurrierender Endokarditis ulcerosa valvulae mitralis und der Chordae tendineae mit Abreissung eines Teiles derselben bei 24 jähr. Mann. Multiple embolische infektiose Aneurysmen. Ein etwa walnussgrosses Aneurysma in einem

kleinen Zweige der Mesenterica superior im Mesenterium hatte dauernd heftige Schmerzen verursacht.

Beim Aufrichten im Bett heftiger Schmerz im Leib, plötzlicher Tod. Todesursache: Milzblutung, wahrscheinlich aus kleinem Aneurysma, Milzruptur, Verblutung in die Bauchhöhle.

Herr **M. Juliusberg** demonstriert **Spirochäten in Schnittpräparaten von spitzen Kondylomen,** die Anfang 1906 in der Neisserschen Klinik in Breslau von ihm und Schucht nach Levaditi mit Silber imprägniert worden sind. Die Veranlassung zu dieser Demonstration bot ein Vortrag des Herrn Dr. Dreyer-Köln, der im November d. J. in der Vereinigung südwestdeutscher Dermatologen in Frankfurt a. M. über ähnliche Untersuchungen berichtete. Er konnte bei 5 untersuchten spitzen Kondylomen dreimal im Schnittpräparat (nach Bertarelli) Spirochäten nachweisen. Juliusberg selbst gelang der Nachweis auch. Die gefundenen Spirochäten sind völlig verschieden von der Spirochaete pallida; im Gegensatz zu dieser sind sie kürzer, mit flacheren und weniger Windungen versehen, und dicker imprägniert. Sie finden sich beim spitzen Kondylom in den obersten Epithelschichten, den Gefässen der Cutis und dem Sekret der Oberfläche. Im Gegensatz zu Dreyer gelang der Nachweis nur in einem von etwa 15 nach Levaditi gefärbten Kondylomen (ob dies an der auch bei der Spirochaete pallida oft misslingenden Färbung liegt, lassen wir dahingestellt) und aus diesem Grunde muss trotz des höchst auffallenden und merkwürdigen Befundes die Frage der Beziehung dieser Spirochäte zur Aetiologie des spitzen Kondyloms vorläufig als eine offene betrachtet werden; vielleicht werden weitere Untersuchungen mehr Klarheit in diese Frage bringen.

Herr **Emanuel** demonstriert einen Fall von **einseitiger Erblindung durch rechtsseitigen Schläfenschuss.** Vor 2 Jahren Suizidversuch. Nach der stereoskopischen Röntgenaufnahme des Herrn Dräner im stätischen Krankenhause liegt der kleinere Teil der in 2 Stücke zerfallenen Revolverkugel unter dem rechten Orbitaldach, während der grössere Teil links von der Mittellinie unter der Siebbeinplatte dicht vor dem Foramen opticum sinistr. sich befindet, also bis zur medialen Wand der linken Orbita vorgedrungen ist. Das Spiegelbild zeigt die atrophische Papille umgeben von einem breiten hellen Ring, in dessen Bereich sich Bindegewebsbildungen finden, die die Gefässe überlagern und kurze Strecken in den Glaskörper hineinragen. Am Rande dieses Bezirks sieht man 2 von der Netzhautperipherie herkommende Gefässe schlingenförmig nach hinten umbiegen und in der Richtung nach der Sklera zu verschwinden. Eine kleine hintere Verwachsung der Iris mit der Linsenkapsel wird auf eine Entzündung des rechten Auges, die Pat. ½ Jahr nach der rechtsseitigen Erblindung durchgemacht hat, zurückgeführt. Die Revolverkugel wird nach dem Röntgenbild und dem ophthalmoskopischen Befund den Sehnerv ganz oder teilweise zerrissen haben und durch die Zerrung an der Papille sind einzelne Aeste der Art. centralis ret. an der Papille abgerissen. Der hellere Netzhautbezirk entspricht der Ausdehnung der Blutung auf der Papille und deren Umgebung. Bemerkenswert ist, dass die Pupille des erblindeten rechten Auges, ebenso wie die linke Pupille eng ist und auf Licht weder direkt noch konsensuell, dagegen prompt auf Konvergenz reagiert.

Herr **A. Stern: Die Untersuchung des Herzens in Beckenhochlagerung ein Hilfsmittel zur Diagnose der Herzkrankheiten.**

Trotz der Erfindung neuer und der Variation bekannter Methoden der physikalischen Herzuntersuchung hat die alte Methode der Auskultation und Perkussion ihre vorherrschende Stellung bewahrt, wenn auch ihre Ergebnisse nicht immer sicher sind. Eine von mir teils auf der inneren Klinik des hiesigen Heiliggeisthospitals mit gütiger Erlaubnis des Herrn Prof. Treupel[1]), teils an Patienten meiner Privatklientel versuchte und erprobte Methode der Herzuntersuchung, nämlich die Untersuchung in Beckenhochlagerung, soll ein neues Hilfsmittel bei der physikalischen Herzuntersuchung bieten. Die Beckenhochlagerung erziele ich in folgender Weise:

Ich stelle einen Stuhl oberhalb des Kopfendes der Chaiselongue, lasse den Patienten auf die Kopflehne sich rückwärts niedersetzen, die Füsse auf den Stuhl stellen und an den Leib anziehen und lasse ihn mit Unterstützung (zur Vermeidung von Anstrengung) rückwärts in Kopftieflage heruntergehen. Befindet sich Patient im Bett, so lasse ich ihn mit dem Gesäss bis zur Mitte des Bettes herunterrutschen, drehe die Kopfkeile mit dem Rücken des Keiles nach dem Fussende, mit der Schneide nach dem Kopfende des Bettes, erhöhe die Keile event. durch aufgelegte Kopfkissen, lasse Patient sich auf die Keile niedersetzen und rückwärts in Kopftieflage gehen, die Beine müssen auch hier an den Leib angezogen werden. Der Rumpf wird so in eine Schräglage von ca. 30° gebracht. Die Einrichtung ist also einfach und überall praktikabel. Die Patienten — selbst alte Leute und solche mit leichter Atemnot — vertragen die Lage ohne jede in Betracht kommende Unbehaglichkeit. Die Lagerung verbietet sich natürlich bei sehr alten Leuten mit schwerer Arteriosklerose oder bei Leuten mit Kopfschmerzen oder stärkerer Dyspnoe von selbst.

Bekanntlich begegnet die Perkussion der relativen Dämpfung des Herzens immer noch grossen Schwierigkeiten. Das mag schon daraus ersichtlich sein, dass in den verschiedensten Lehrbüchern der physikalischen Diagnostik die Grenze der relativen Herzdämpfung an verschiedene Stellen gesetzt wird, die der rechten z. B. an linken Sternalrand, Mitte des Sternum, rechten Sternalrand und über diesen hinaus. (Vergleiche die graphische Darstellung dieser Verhältnisse bei Moritz: D.

---

[1]) Herrn Prof. Treupel gestatte ich mir auch an dieser Stelle für Ueberlassung des Materials und das freundliche Interesse an meiner Arbeit meinen besten Dank auszusprechen. Ebenso danke ich den Herren Dr. Engels und Dr. Schenk für ihre liebenswürdige Unterstützung durch Aufnahme der Orthodiagramme.

Arch. f. klin. Med., Bd. 88, S. 277.) Die Perkussion der relativen Herzdämpfung wird von vielen daher für so unsicher gehalten, dass auch heute noch an vielen deutschen Kliniken nur die Perkussion der absoluten Herzdämpfung geübt wird, welche jedoch über die Grösse des Herzens sicheren Aufschluss nicht gibt. Selbst geübte Untersucher, wie Moritz und Dietlen, haben bei einfacher Perkussion die rechte Herzgrenze bei gesunden Erwachsenen in ca. 14 Proz., die linke in ca. 30 Proz. noch falsch festgestellt; Dietlen hat bei Männern in pathologischen Fällen sogar in 20 Proz. rechts, in 45 Proz. links falsch perkutiert (Arch. f. klin. Med., Bd. 88). De la Camp hat bei zugelassener Fehlerbreite von 0,75 cm in 15 Proz. der Fälle (21. Kongr. f. inn. Med.), Treupel bei zugelassener Fehlerbreite von 1 cm in 30 Proz. der Fälle falsch perkutiert (Zeitschr. f. klin. Med., Bd. 55).

Bei der Beckenhochlagerung ist nun die Perkussion des rechten Herzens weitaus leichter und sicherer als in Rückenlage, die relative Abdämpfung des Schalles am rechten Herzrande ist gesättigter und sinnfälliger. Der Lungenschall in jener Gegend bekommt gleichzeitig einen tympanitischen Beiklang. Es wird nämlich in Rumpftieflage das rechte Herz fester an die vordere Thoraxwand angepresst, so dass die vorgelagerte Lungenschicht stärker komprimiert wird. Zugleich wird der rechte Lungenrand nach aussen verschoben, wie das aus der rechtsseitigen Verschiebung (um 1—1½ cm) der rechten Grenze der absoluten Herzdämpfung ersichtlich ist. Man wird aber sofort einwenden: diese Perkussion hat keinen praktischen Wert, da die Grenzen, welche in dieser Lage herausperkutiert werden, nicht die richtigen sind, sondern durch unnatürliche Verschiebung bedingt werden. Eine grosse Reihe von Untersuchungen hat mir nun folgendes ergeben, was auch mehrere Röntgenuntersuchungen bestätigt haben:

In Beckenhochlagerung steigt das Zwerchfell rechts und links in die Höhe. Der Spitzenstoss steigt meist nach oben (bis zu einem Interkostalraum) und etwas nach aussen. Dagegen bleibt die sagittale Tangentialebene des rechten Herzrandes entweder unverändert stehen oder rückt um ein Kleines (½—1 cm) nach innen oder aussen, meist nach innen, d. h. aber um eine Strecke, welche bei allen Perkussionsmethoden innerhalb der unvermeidlichen Fehlergrenze liegt. Man wäre also für die Erfordernisse der Praxis berechtigt, bei Zulassung einer Fehlerbreite von 1 cm, den in Beckenhochlagerung perkutierten lateralsten Punkt der rechten Herzgrenze als den wirklichen Standpunkt des rechten Herzrandes resp. seiner grössten Entfernung von der Mittellinie zu bezeichnen, falls der Vergleich

mit dem Orthodiagramm eine Uebereinstimmung von 100 Proz. ergäbe, worüber ich statistische Untersuchungen nicht angestellt habe. Jedenfalls ergibt die Untersuchung in Beckenhochlage bei Kenntnis des Verschiebungsmodus eine ausgezeichnete Kontrolle des in Rückenlage festgestellten Perkussionsresultates.

Der linke Herzrand verschiebt sich nach aussen und oben (1—1½ cm), die linke Grenze der absoluten Herzdämpfung bleibt unverändert oder rückt nur um ein Geringes (½ cm) nach aussen, d. h. der linke Lungenrand wird etwas zurückgeschoben. Der Spitzenstoss wird undeutlicher, nur in Fällen, in denen er um einen ganzen Interkostalraum höher wandert, zuweilen deutlicher. Die Bewegung, welche das Herz beim Uebergang von Rückenlage in Beckenhochlage macht, setzt sich zusammen aus: Totalverschiebung nach oben mit Annäherung an die vordere Brustwand, sowie Kompression in vertikaler Richtung und Pendelbewegung der Herzspitze nach links. Ob das Herz gleichzeitig eine Drehung um eine vertikale Achse macht mit Abwanderung der Herzspitze von der vorderen Thoraxwand nach hinten und das Undeutlichwerden des Spitzenstosses sich so erklärt, oder ob der Spitzenstoss nur deshalb undeutlicher wird, weil er sich etwa hinter eine Rippe verschiebt, lasse ich vorerst dahingestellt. Jedenfalls wird das rechte Herz in höherem Masse nach vorn geschoben als das linke, wie aus der ungleichen Verschiebung der rechten und linken Grenze der absoluten Dämpfung ersichtlich ist, so dass also immerhin eine leichte Drehung gegenüber der Stellung des Herzens in Rückenlage zustande kommt. Doch scheint diese Drehung nicht konstant zu sein, wie das gelegentlich deutlichere Hervortreten des Spitzenstosses zeigt.

Die Totalverschiebung nach oben und die Kompression ist ohne weiteres verständlich. Die Pendelbewegung rührt daher, dass der rechts von der Mittellinie des Körpers befindliche Teil des Herzens auf dem straffen, unnachgiebigen Centrum tendineum des Zwerchfells ruht, während der links von der Mittellinie befindliche Teil auf der leicht beweglichen muskulären Partie des Zwerchfells liegt. Ausserdem wirkt der Bauchinhalt in Beckenhochlagerung auf den links von der Mittellinie liegenden Herzanteil wie auf den längeren Hebelarm. Es würde eine starke Verschiebung des Herzens nach rechts erfolgen, wie sie F. A. Hoffmann-Leipzig durch künstliche Aufblähung des Magens erreicht hat (Balneologenkongress 1906) und wie aus einer mir freundlichst überlassenen Röntgenphotographie ersichtlich ist, wenn nicht die gleichzeitig nach oben

steigende Leber entgegenwirkte. Durch die ganze Anordnung des Aufhängeapparates des Herzens ist übrigens eine totale Seitenverschiebung desselben sehr eingeschränkt (cf. Determann: Zeitschr. f. klin. Med., Bd. 40). Ebenso fand Moritz, dass die Respiration eine wesentliche Verschiebung des rechten Herzrandes nicht herbeiführt (Deutsche Klinik IV, 2).

Mann, 26 J., Insuff. mitral. — I

Mann, 28 J., normales Herz. — II

Knabe, 12 J., Insuff. mitral. — III

Mann, 28 J., normales Herz. — IV

Orthodiagramme, $^{1}/_{4,5}$ natürlicher Grösse. Die ausgezogene Figur in flacher Rückenlage, die gestrichelte in Beckenhochlage gewonnen. Lichtquelle und Schirm wurden parallel der Tischplatte, welche zur Erzeugung der Beckenhochlage mit dem Fussende hochgestellt wurde, verschoben.

Was die auskultatorischen Erscheinungen am gesunden und kranken Herzen anlangt, so verweise ich bezüglich der heute geläufigen Anschauungen über Entstehung der akustischen Phänomene zur allgemeinen Orientierung auf die neueren Lehrbücher. Ich will nur ganz kurz das Wichtigste anführen:

Was man bei Auskultation des Herzens bei der Systole hört, ist kein einfacher Ton, sondern setzt sich aus Ton und Geräusch zusammen. Diese beiden Komponenten, welche sich bei einiger Uebung stets leicht unterscheiden lassen, entstehen durch die während der Verschlusszeit des Ventrikels entstehenden Schwingungen der gesamten Ventrikelumwandung (also: der Herzmuskelwand, der Atrioventrikular- und Semilunarklappen und des Arterienkonus), sowie durch das un-

mittelbar folgende und akustisch nicht trennbare Ausströmungsgeräusch während der Ausströmungszeit.

Die pathologischen Klappengeräusche beruhen entweder auf organischer oder relativer oder funktioneller Insuffizienz. Unter ersterer versteht man die wirklichen Klappenfehler, unter relativer die Klappenschlussunfähigkeit bei intakter Klappe durch Ventrikeldilatation, unter letzterer die Schlussunfähigkeit der Klappen durch mangelhafte Kontraktion der beim Klappenschluss mittätigen Muskelpartien am Basalring der Klappen oder am Conus arteriosus oder an den Papillarmuskeln. Die Entstehung der akzidentellen Geräusche (Anämie etc.) wird teils auf eigenartige Schwingungen der Klappen, teils auf eigenartige Funktionen des Anfangsteils der grossen Gefässe, teils auf molekulare Blutbeschaffenheit zurückgeführt.

Um aus dem physiologischen oder pathologischen Geräusch den Ton durchzuhören rät Sahli, das Ohr vom Stethoskop leicht entfernt zu halten. Zur Feststellung der Herzphase, innerhalb welcher ein Geräusch entsteht, halte ich folgendes Vorgehen für praktisch: Man entfernt das Ohr zuerst etwas vom Stethoskop, hört so nur den Ton, dann durch allmähliches Annähern zuerst leise das Geräusch mit, sodass man bei weiterem Annähern, wenn der Rhythmus im Ohr liegt, Ton und Geräusch zusammenhört. Dieses Verfahren ist sicherer als das gleichzeitige Betasten des Spitzenstosses, der Karotis, oder gar der Radialis. Ich werde in Folgendem stets von Herzton und Geräusch sprechen als den, einen sogenannten Herzton resp. ein Herzgeräusch zusammensetzenden, Komponenten.

Es ist nun von vielen Autoren auf die Wichtigkeit der Herzuntersuchung in verschiedenen Körperstellungen (im Stehen, Liegen, Vornüberneigen und in Seitenlage) hingewiesen worden, weil Intensität und Charakter der akustischen Phänomene in verschiedenen Lagen wechseln. Neuerdings empfiehlt Goldscheider (D. med. Wochenschr. No. 41, 1906) die palpatorische Untersuchung des Herzens in linker Seitenlage.

Und doch untersucht der Praktiker meist nur in der Lage, in der er den Patienten trifft, in der Sprechstunde nur im Stehen, im Bett nur im Liegen.

Was ergibt nun die Auskultation in Beckenhochlage? Vor allem wurde sichergestellt, dass in Fällen, in denen die Herztöne sich als rein erwiesen, durch die Lagerung selbst keinerlei Geräusche neu entstehen. Das gleiche fand Determann für die Seitenlage (l. c.). Bei Gesunden konnte ich konstatieren, dass in der Regel an der Spitze der

systolische Ton reiner, d. h. kürzer und mehr tonartig und schlagartig wird und dass das begleitende physiologische Geräusch zurücktritt.

In vielen Fällen wird der systolische Ton gleichzeitig leiser, dagegen fand ich, dass die pathologischen systolischen Geräusche in der Mehrzahl der Fälle in Beckenhochlagerung deutlicher, manchmal breiter werden. Oft werden sie ausserdem lauter und in ihrem akustischen Charakter verändert. Man muss nur die ganze Gegend der Herzspitze auskultatorisch absuchen und darf sich nicht auf die Stelle des Spitzenstosses beschränken. Aehnlich konnte Determann (l. c.) in Seitenlage ein Stärkerwerden der in Rückenlage vorhandenen Geräusche feststellen. So wurde es denn wiederholt möglich, in unklaren Fällen mit sogenannter „unreiner Systole" — mit welcher Ausdrucksweise ja so oft die diagnostischen Skrupel beschwichtigt werden —, die Systole präziser akustisch zu perzipieren, sie als rein, oder von einem deutlichen Geräusch begleitet, zu erkennen, sodass sich für solche unsicheren Fälle die Untersuchung in Beckenhochlage besonders empfiehlt, weil sie hier zuweilen überraschend schnell und sicher orientiert. Hier mag eine Angabe von E. Masing (Petersb. med. Wochenschr. N. F. XX. 19, 1903) Platz finden, welcher akzidentelle und organische systolische Geräusche dadurch differenziert, dass er erstere nie, letztere stets im Rücken hören will. Noch eine andere differential-diagnostische Notiz möchte ich hier einschalten: Bei akzidentellen Geräuschen hört man stets den Ton neben dem Geräusch (Goldscheider: Deutsche Klinik, Bd. 4). In den verhältnismässig seltenen Fällen, in denen neben dem Geräusch ein Ton sicher nicht zu hören ist, kann man daher die Diagnose eines organischen Geräusches stellen, die eines akzidentellen ablehnen. Zuweilen tritt in Beckenhochlage eine Spaltung der Systole auf. Während eine solche sonst diagnostisch bedeutungslos ist, gelang es mit der durch Lagerung künstlich hervorgerufenen Spaltung in einzelnen Fällen, zu beobachten, wie ein scheinbares systolisches Geräusch sich in 2 einzelne Töne auflöste, womit z. B. die Diagnose der Insufficientia mitralis in einem Falle von chronischer Nephritis mit Dilatation der Ventrikel vereitelt wurde. Der erste Ton der Spaltung gehört vielleicht zuweilen noch der Diastole an und entspricht der präsystolischen Vorhofskontraktion.

Gegen den Sternalrand, am Knorpelansatz der IV. Rippe wird das Bild anders. Hier ist bei der Beckenhochlage die Systole oft lauter als zuvor und der Akzent rückt auf den zweiten Ton. Der zweite

Ton an der Pulmonalis wird bei Beckenhochlagerung regelmässig gegen den zweiten Aortenton verstärkt und da, wo er schon im Stehen oder Liegen verstärkt ist, wie bei Mitralinsuffizienz, wird die Verstärkung gesteigert, so dass sie ganz sinnfällig in die Erscheinung tritt. Dies ist um so mehr der Fall, als ganz regelmässig der zweite Aortenton ebenso wie der erste Aortenton leiser wird.

Der zweite Ton an der Pulmonalis wird sehr oft, bei Kindern fast immer, gespalten.

Das diastolische, resp. präsystolische Geräusch in Fällen von Stenose der Mitralis, welche mit Insuffizienz kompliziert waren, habe ich regelmässig lauter, länger und rauher werden gehört.

Das diastolische Geräusch der Aorteninsuffizienz wird nach den wenigen Fällen zu urteilen, die ich untersuchen konnte, nicht wesentlich verändert, jedenfalls nicht lauter, eher leiser. Auch das Geräusch an der Karotis war dabei in einem Falle sicher in Beckenhochlage weniger deutlich als im Stehen.

Die Venengeräusche verschwinden in Beckenhochlage, wie ja oft schon in einfacher Rückenlage. Es gibt seltene Fälle, in denen diese Tatsache wichtig werden kann. Gelegentlich kann nämlich ein Zweifel entstehen, ob ein diastolisches Geräusch organisch ist oder auf ein durch die diastolische Beschleunigung des venösen Blutstroms periodisch verstärktes und von der Jugularis fortgeleitetes Venengeräusch zu beziehen ist. (Weiteres zur Differentialdiagnose siehe bei Leube: Diagnose innerer Krankheiten.)

Aehnliche auskultatorische Resultate, wie ich, hatte bei Untersuchung im Stehen und in Rückenlage W. Gordon (Brit. med. Journ., März 1902). Die Pulszahl bleibt in Schieflage meist unverändert, zuweilen tritt geringe Pulsverlangsamung ein. Der Blutdruck geht meist um ein Geringes (1 cm) in die Höhe oder bleibt unverändert. Das Sphygmogramm zeigt keine brauchbaren konstanten Veränderungen.

Wir wollen nunmehr versuchen, die mitgeteilten Befunde zu erklären. Wir werden bei Deutung der Auskultationsbefunde über Vermutungen dabei wohl kaum hinauskommen, da alle zu Grunde liegenden Anschauungen noch nicht genügend wissenschaftlich fundiert sind. Es ist wohl zweifellos, dass die Schwerkraft bei der Zirkulation des Blutes eine Bedeutung hat. Sie kann sowohl eine den Blutstrom beschleunigende, als auch eine ihn retardierende Wirkung ausüben. Bei der Beckenhochlagerung wird die Füllung des rechten Vorhofs von der Cava infer. aus begünstigt, die Lunge gleichzeitig

komprimiert, der Abfluss des Blutes aus der Lunge in den linken Vorhof behindert. Hieraus ergibt sich eine Ueberfüllung und Erhöhung des Widerstandes im rechten Ventrikel und eine Unterfüllung im linken Ventrikel. Die Folge dieser plötzlich eintretenden ungleichmässigen Belastung beider Ventrikel ist die Spaltung der Systole und die Spaltung des zweiten Tones an der Pulmonalis, sowie die Verstärkung des zweiten Pulmonaltones.

Der systolische Ton kann tonartiger, schlagartiger, reiner werden, weil der während der Verschlusszeit um das eingeschlossene Blut sich zusammenziehende Ventrikel erst spät eine Hemmung findet, der Spannungszuwachs und die bei der Hemmung eintretende tongebende Erschütterung wird daher grösser. Dieselbe Erscheinung finden wir aus denselben Gründen bei den mangelhaften Füllungen des Ventrikels in Fällen von Mitralstenose, bei erregter Herztätigkeit, bei schweren Anämien und während der Verblutung, sowie bei den sogen. Frustrankontraktionen (den Leerkontraktionen). An der Aorta werden die Töne vielleicht deshalb leiser, weil das Schlagvolumen des linken Ventrikels sich verringert. Was man am Knorpelansatz der 4. Rippe, am linken Sternalrand hört, ist die verstärkte Systole des stärker in Anspruch genommenen rechten Ventrikels und der fortgeleitete verstärkte zweite Pulmonalton. Bei Mitralinsuffizienz, Aortenstenose und Anämie werden die systolischen Geräusche wohl deshalb lauter, weil in Beckenhochlage durch die im Sinne des Abflusses wirkende Schwerkraft die Geschwindigkeit der Blutströmung durch die geräuschbildenden Ostien erhöht wird. Auch die verringerte Füllung des linken Ventrikels mag zur Beschleunigung des Stromes beitragen. Bei Aorteninsuffizienz wird in Beckenhochlagerung die Wirkung der Schwerkraft auf die pathologische Regurgitation verringert, man hört das diastolische Geräusch daher auch nicht deutlicher.

Wenn bei der mit Insuffizienz komplizierten Mitralstenose das diastolische Geräusch lauter wird, so kann man sich vielleicht vorstellen, dass bei einigermassen grossem Klappendefekt der linke Vorhof durch die pathologische Regurgitation in Beckenhochlage noch mehr überfüllt wird als in Rückenlage, und dass der Vorhof daher präsystolisch das Blut mit grösserer Gewalt durch das enge Ostium hindurchpresst.

Mit der verringerten Schwerkraftwirkung hängt wohl auch das Verschwinden des Venengeräusches zusammen, da die Strömungsgeschwindigkeit verringert wird.

Charakter und Farbe der Geräusche sind von Veränderungen in der Art der Muskelkontraktion abhängig. Präzise Analysen sind bis heute nicht möglich.

Die wesentlichen Vorteile, welche also die Herzuntersuchung in Beckenhochlage bietet, sind folgende:

Es wird im allgemeinen eine Kontrolle der in anderen Lagen gefundenen Perkussions- und Auskultationsresultate ermöglicht.

Die Perkussion der relativen rechten Herzdämpfungsgrenze gewinnt an Sicherheit.

Die Diagnose des wahren akustischen Charakters der unreinen Systolen wird in vielen Fällen erleichtert, manchmal überhaupt ermöglicht.

Das diastolische Geräusch der mit Insuffizienz komplizierten Mitralstenose wird öfter deutlicher erkennbar.

Neuerdings hat sich mir die Beckenhochlage zur Untersuchung des Venenpulses bewährt. Die Jugularvenen am Hals schwellen zu dicken Strängen an (auch da, wo man sie vorher wegen ihrer Zartheit kaum sehen konnte, wie bei Kindern), an welchen, wie ich mich besonders an einem 5jähr. Mädchen mit kongenitalem Herzfehler, überzeugen konnte, die pulsatorischen Bewegungen deutlich sichtbar sind.

Diskussion: Herr Th. Schott: Der Beckenhochstand habe durch das Hinaufdrängen des Zwerchfells den grossen Nachteil, dass das Herz aus seiner Lage, nämlich nach oben und aussen gedrängt werde. Das Herz — und dies ersehe man auch aus der Zeichnung des Vortragenden — erfahre eine vollständige Formveränderung. Und wenn es auch möglich ist, die rechte Herzgegend teilweise besser zu perkutieren, so ist dies von untergeordneter Bedeutung gegenüber der Tatsache, dass das Herz, abgesehen von der Formveränderung, die es erleidet, auch noch stärkere seitliche Drehungen macht. Es ist demnach unmöglich, ein klares Bild von der in natura bestehenden Form und Grösse des Herzens zu erhalten.

Es bedarf aber auch dieses Beckenhochstandes für die Perkussion überhaupt nicht, denn die von August Schott angegebenen Methoden der Perkussion mit seitlicher Abdämpfung oder der Rippenzwischenraumperkussion ermöglichen es, die anatomischen Herzgrenzen einwandfrei zu perkutieren, und zwar unabhängig davon, ob die zu untersuchende Person aufrecht steht oder ausgestreckt liegt.

Auch für die Auskultation ergaben sich bei der Beckenhochlagerung eine Reihe von Mängel. So können z. B. Muskelgeräusche oder gespaltene Töne hervorgerufen werden, die bekanntlich leicht zu Fehldiagnosen führen können.

Herr Treupel: M. H.! Die Untersuchungen, die Ihnen eben hier vorgetragen worden sind, wurden zum grossen Teil auf meiner Abteilung ausgeführt und ich hatte daher Gelegenheit, die perkutorischen und auskultatorischen Erscheinungen

am Herzen bei Beckenhochlagerung nachzuprüfen. Tatsächlich rückt, wie man das auch von vornherein erwarten durfte, das Zwerchfell um einige Zentimeter herauf, die relative Herzdämpfung wird am rechten Herzrand deutlicher, gesättigter und die linke Herzgrenze verschiebt sich meist etwas nach oben und aussen. Auch die auskultatorischen Erscheinungen, die der Vortragende Ihnen beschrieben hat, kann ich im wesentlichen bestätigen. Etwas anderes ist es allerdings, ob man berechtigt ist, aus dem verschiedenen Verhalten des Herzens in perkutorischer und auskultatorischer Hinsicht bei Beckenhochlagerung besondere diagnostische Schlüsse zu ziehen. Ich glaube der Vortragende hat sich in dieser Hinsicht etwas zu bestimmt ausgesprochen. Meines Erachtens kann man, ebenso wie man das Herz zweckmässig ausser im Stehen auch im Liegen und namentlich bei vornübergebeugter Haltung untersuchen soll, auch die Beckenhochlagerung des zu Untersuchenden verwenden. Die Lagerung als solche wird übrigens selbst von schwer Herzkranken gut vertragen.

Ich möchte bei dieser Gelegenheit nochmals hervorheben, dass wir nach wie vor die perkutorische Bestimmung der relativen Herzdämpfung klinisch für durchaus berechtigt und zweckmässig halten. Unsere Erfahrungen stimmen in dieser Beziehung mit den zuletzt von Moritz bekannt gegebenen überein. Wir haben auch bei der Perkussion mit geschlossenen Augen mittelst der relativen Herzdämpfung individuelle Herzfiguren erhalten, ähnlich denen, die die Orthodiagraphie und die auch von uns in ihren ausgezeichneten Resultaten anerkannte Schwellenwertsperkussion liefert. Solche mittelst der relativen Herzdämpfung nach den Moritzschen Prinzipien gewonnenen Herzfiguren sind ja auch von Dietlen in seiner grosssen Arbeit gezeigt worden.

Ordentliche Sitzung vom 17. Dezember 1906.

Vorsitzender: Herr E. Cohn.
Schriftführer: Herr J. Rosengart.

Herr **Brenner** demonstriert **Präparate** aus dem Senckenbergschen pathologisch-anatomischen Institut:

1. Ein beinahe fünfmarkstückgrosses **Geschwür des Duodenums.** Der Tod erfolgte durch Verblutung in den Magen und Darm plötzlich, und als Ursache für diese fand sich ein Hauptast der Gastroduodenalis in der Wand des Geschwürs frei flottierend endend. Die Gefässe der Bauchhöhle zeigen stark verdickte Wand. Lues ist zugegeben und es ist möglich, dass die Gefässveränderungen, auf Grund deren sich das Geschwür entwickelte, auf luetischer Basis beruhen.

2. Ein ganz ähnliches **Geschwür,** fast an derselben Stelle des Duodenums, dicht am Pylorus, wie im vorigen Falle, das auch wiederholt Blutungen gemacht hatte. Der Patient starb an einer Pneumonie.

3. Zwei Fälle von **luetischer Proktitis und Sigmoiditis.** Die Wand des Darmes ist in beiden Fällen stark verdickt. In dem einen Falle sind mehrere Stellen so verengt, dass sie klinisch den Eindruck des Karzinoms machten. Bei dieser Patientin fanden sich keine weiteren Zeichen von Lues. Der Mann hat allerdings tabische Erscheinungen. In dem anderen Falle, der 5 Tage nach einer Frühgeburt starb, waren in der Haut zahlreiche tiefgehende luetische Geschwüre. In beiden Fällen sehen Sie die polypenartige ausgedehnte Verdickung der Schleimhaut, deren violette Färbung von manchen als charakteristisch für luetische Proktitis angesehen wird.

4. Ein **Rückenmark,** dessen Dura einen mehrere Zentimeter langen dunklen Tumor zeigt, der das Rückenmark der Lendengegend stark komprimiert. Der Tod erfolgte unter den Erscheinungen der Myelitis, Blasenlähmung, aszendierenden Pyelonephritis. Das mikroskopische Bild zeigt Ihnen einen sehr pigmentreichen, in die Gruppe der Chromatophorome gehörigen Tumor.

5. Ein ganz enorm vergrössertes **Herz** von einem 18 jährigen jungen Manne, der seit über 10 Jahren an grossen Herzbeschwerden litt, so dass er zu jedem Beruf untauglich war. Der linke Ventrikel ist enorm vergrössert und verdickt, als Folge einer hochgradigen Stenose und wohl auch einiger Insuffizienz der Aortenklappen, die auch frische endokarditische Auflagerungen zeigen. Zahlreiche In-

farkte in den Nieren, einer in der Milz. Tod durch Embolie in einen Kranzgefässast.

6. Eine höchstgradige **Verätzung** des Pharynx, der Speiseröhre und des ganzen Magens **durch Lysol.** Der Tod erfolgte, wie es bei der raschen Resorption des Lysols meistens zu geschehen pflegt, rasch, 1¼ Stunden nach Aufnahme des Giftes.

7. Zwei Fälle von **Kinderlungen,** die beide verkäste Pulmonaldrüsen haben, als deren Ausgangspunkt sich auch in diesen Fällen, nur wiederum an einer selteneren, leicht übersehbaren Stelle im Unterlappen, ältere tuberkulöse Herde finden.

Herr **Harbordt** demonstriert einen Fall von **Resektion des N. trig. III** wegen seit 4 Jahren bestehender Neuralgie (Prof. Edinger hatte abgeraten von der Operation). H. macht sie nach der Methode von Krönlein an der Schädelbasis nach temporärer Resektion des Jochbeins unter Abhebelung des Periosts. Die Methode ist so einfach und sicher, dass man nicht zu lange mit den sonst üblichen Mitteln zuwarten sollte.

Herr **Lüthje: Zur physikalischen Diagnostik am Herzen, speziell über systolische Geräusche an den Valvulae mitrales und pulmonales.**

Vortragender macht zunächst darauf aufmerksam, dass in der Bezeichnung der verschiedenen Formen der Mitralinsuffizienz keine Einheitlichkeit besteht. Es werden z. B. „muskuläre“ und „relative“ Mitralinsuffizienzen promiscue gebraucht. Das ist nicht richtig. Als „relative“ Insuffizienz ist entsprechend der historischen Entwicklung diejenige Form zu bezeichnen, die dadurch zustande kommt, dass bei erheblicher Dilatation des linken Ventrikels das Mitralostium so weit wird, dass die Mitralklappen zum Verschluss zu kurz werden. Als muskuläre Insuffizienz darf dagegen nur diejenige Form bezeichnet werden, in der ein unvollkommener Klappenabschluss infolge einer funktionellen Schwächung, namentlich der Papillarmuskeln, zustande kommt. Und hierzu kommt als dritte Form der Mitralinsuffizienz jene, die durch richtige Endokarditis der Klappen selbst bedingt ist, und die man vielleicht am zweckmässigsten im Gegensatz zu den beiden anderen Formen kurzweg als endokarditische Insuffizienz bezeichnen kann.

Die grössten differential-diagnostischen Schwierigkeiten entstehen da, wo lediglich ein systolisches Geräusch an der Mitralis und Pulmonalis vorhanden ist oder an der Pulmonalis allein.

Der Vortragende hat zum Studium jener Geräusche, die man bisher meist als akzidentelle oder anämische bezeichnet hat, die Kinder der Erlanger Volksschulen untersucht. Es fanden sich dabei diese Geräusche in auffallend hohem Prozentsatz und die dadurch gelieferte Möglichkeit, diese Geräusche nach allen Richtungen zu studieren, liess dieselben doch so charak-

teristisch erscheinen, dass sie nach Ansicht des Vortragenden als rein akzidentelle Geräusche erkennbar und als solche abtrennbar sind.

Bei 854 Schulkindern war 612 mal ein systolisches Geräusch zu hören und zwar entweder in der Ruhe oder aber erst nach einigen Körperbewegungen, entweder allein an der Pulmonalis oder fortgeleitet nach anderen Herzostien, vor allen Dingen nach der Herzspitze zu. Das punctum maximum liegt aber stets an der Pulmonalis. Als fortgeleitetes Geräusch dokumentiert es sich dadurch, dass es in gerader Linie von der Pulmonalis bis zu den anderen Ostien an Intensität abnimmt, ohne seinen qualitativen Charakter zu ändern.

Das Geräusch hört in der tiefsten Inspiration vollkommen auf oder nimmt so wenig an Intensität ab, wie keines der anderen Auskultationsphänomene am Herzen, während es im tiefsten Exspirium ausserordentlich an Intensität zunimmt und zwar wiederum sehr viel erheblicher als irgend eine der anderen Auskultationserscheinungen.

Vortragender geht dann auf die Deutungsmöglichkeit dieser systolischen Geräusche ein und hält es nicht für unwahrscheinlich, dass es sich um ein pulmonales Stenosengeräusch handelt vor allem deshalb, weil das Geräusch besonders häufig bei an sich schon flachen Thorax hörbar ist oder hörbar wird bei exspiratorischer Verengerung des Thorax in der Richtung des sterno-vertebralen Durchmessers. Dazu kommt die Anhängigkeit des Geräusches von der Stromgeschwindigkeit des Blutes. Auf die Möglichkeit, dass es sich um ein Stenosengeräusch handle, hat Quincke schon vor Jahren hingewiesen.

Weiter wird darauf hingewiesen, dass das systolische Geräusch, das man sehr häufig bei endokarditischer Mitralinsuffizienz an der Pulmonalis hört, ebenfalls am leichtesten als Stenosengeräusch an der Pulmonalis zu deuten sei. Es zeigt jedenfalls dieselben Charaktere wie die akzidentellen Geräusche, vor allem auch den Intensitätswechsel im In- und Exspirium. Würde das pulmonale Geräusch ein einfaches fortgeleitetes Mitralinsuffizienzgeräusch sein, so dürfte es ebenso wie das Geräusch an der Herzspitze keinen erheblicheren Intensitätswechsel zwischen Inspirium und Exspirium zeigen.

Zum Schluss wird noch darauf aufmerksam gemacht, dass die Akzentuation des II. Pulmonaltons im jugendlichen Alter nicht als Zeichen der Hypertrophie des rechten Ventrikels gedeutet werden darf. Die Akzentuation des II. Pulmonaltons ist vielmehr für herzgesunde jugendliche Personen die Regel. Auch die in den Lehrbüchern immer wieder gebrachte Anschauung, zu den physikalischen Zeichen der Mitralinsuffizienz gehöre als Ausdruck der Hypertrophie des rechten Ventrikels die Ak-

zentuation des II. Pulmonaltons, ist in diesem Umfange nicht richtig. Sehr häufig vermisst man bei Mitralinsuffizienz trotz vollkommenster Kompensation diese Akzentuation des II. Pulmonaltons.

Diskussion: Herr v. Mettenheimer ist auch überrascht gewesen über den häufigen Befund eines systolischen Geräusches bei Kindern, die er als Schularzt zu untersuchen Gelegenheit hatte. Er glaubte nur dann einen tatsächlichen Herzfehler annehmen zu sollen, wenn die Anamnese ergab, dass das betreffende Kind Scharlach, Diphtherie oder Gelenkrheumatismus überstanden hatte.

Herr A. Stern weist auf die anderen Möglichkeiten der Entstehung akzidenteller Geräusche hin, nämlich die Entstehung im Anfangsteile der grossen Gefässe und durch molekulare Blutbeschaffenheit (Arteriosklerose, Anämie, Gravidität, Fieber) und glaubt, dass die Erklärung durch eine Pulmonalstenose nicht für alle Fälle zutrifft. Oft werden es mehrere Komponenten sein.

Differentialdiagnostisch ist von Masing behauptet worden, dass das organische systolische Geräusch stets, das akzidentelle nie im Rücken zu hören ist.

Da bei akzidentellen Geräuschen stets neben dem Geräusch der Ton zu hören ist, bei organischen zuweilen nicht, so ist in den verhältnismässig seltenen Fällen, in denen neben dem Geräusch sicher kein Ton zu hören ist, die Diagnose eines akzidentellen Geräusches abzulehnen.

Herr Th. Schott: Im jugendlichen Alter werde der zweite Pulmonalton sicherlich häufiger stärker akzentuiert gefunden als der zweite Aortenton. Das hänge in der Hauptsache mit der Lage des Herzens zusammen. Wenn im späteren Alter die Akzentuation des zweiten Aortentones das häufigere sei, so wirkten hier verschiedene Faktoren zusammen. Geräusche über Pulmonalis und auch Mitralis findet man häufig im jugendlichen Alter, besonders in der Pubertätszeit So häufig wie L. habe er sie allerdings nicht gehört. Die Unterscheidung zwischen muskulären und akzidentellen ist oft sehr schwierig. Schott glaubt nicht, dass eine Stenosierung der Pulmonalis, durch Lageveränderung bedingt, die Hauptursache für die Entstehung solcher Geräusche abgebe, dagegen sprechen sowohl Tierversuche wie auch seine Ringexperimente, und zwar speziell die letzteren mit eingeschnürtem Leib. Hier werde das Herz oft stark nach aussen und oben verdrängt, und doch komme seltener ein Geräusch, häufiger dagegen nur ein dumpfer erster Ton zu stande. Eine solch starke Verlagerung kommt bei jugendlichen, in der Entwicklung begriffenen Personen nur sehr selten vor. Ein ausgezeichnetes Mittel zur Differenzierung zwischen organischen, muskulären und akzidentellen Geräuschen bietet, wie dies August Schott angegeben, die Widerstandsgymnastik. Organische werden hierbei oft noch stärker hörbar, während die funktionellen, muskulären Geräusche dadurch des Oefteren verschwinden, indem sie erst in gespaltene und schliesslich in normale Töne übergehen.

Herr Richartz fragt den Vortragenden, ob er etwa auch die Geräusche bei den von der Entwicklungsperiode unabhängigen Anämien, z. B. den perniziösen oder kachektischen, als Stenosenphänomene aufzufassen geneigt sei.

Herr Treupel bestätigt das verhältnismässig häufige Vorkommen akzidenteller Geräusche am jugendlichen Herzen und macht

insbesondere darauf aufmerksam, dass auch bisweilen diastolische und zwar präsystolische Geräusche bei heranwachsenden Individuen zu hören sind, die ebenfalls als akzidentelle aufzufassen sind, weil die übrigen Veränderungen der Mitralstenose am Herzen ausbleiben. Das häufige Vorkommen der systolischen und bisweilen auch dieser diastolischen Geräusche legt den Gedanken nahe, dass es beim wachsenden Herzen gelegentlich und vorübergehend zu „relativen" Insuffizienzen und Stenosen an den Klappen kommen mag.

Herr Heinrich Rehn spricht seine Ueberraschung über die Mitteilung Herrn L.s aus, da für die Kinderärzte die Seltenheit der akzidentellen Herz- und Arteriengeräusche im Kindesalter feststehe. Er erinnert an einen Vortrag über diese Frage nebst Diskussion in einer Sitzung der pädiatrischen Sektion auf der Naturforscher- und Aerzteversammlung zu Köln.

Herr Lüthje macht im Schlusswort darauf aufmerksam, dass man sich von der hier berichteten Häufigkeit der systolischen akzidentellen Geräusche sehr leicht überzeugen kann, wenn man systematische Untersuchungen z. B. bei Volksschulkindern anstellen wird. Eine Bestätigung der Häufigkeit des Vorkommens dieser Geräusche ist kürzlich von Gerhardt gegeben worden. Gerhardt teilt mit, dass er unter 134 jungen Leuten im Alter von 14—18 Jahren 100 mal das Geräusch fand, d. h. in 75 Proz. der Fälle. Man hat bei der Untersuchung, da wo das Geräusch zunächst fehlt, nur darauf zu achten, dass man nicht nur im Inspirium, sondern auch im Exspirium untersucht.

Der Vortragende ist auf die Deutung dieses Geräusches als Stenosegeräusch nur gekommen, weil es besonders häufig bei flachem Thorax zu hören ist und ebenso bei tiefstem Exspirium, d. h. also bei einer Verkürzung des sterno-vertebralen Durchmessers. Die zahlreichen sonst noch in der Literatur niedergelegten Anschauungen über die Natur des Geräusches haben alle einer ernsten Kritik nicht Stand halten können.

Es werden hierauf die Wahlen vorgenommen.

Zum II. Vorsitzenden für das Jahr 1907 und ersten Vorsitzenden für das Jahr 1908 wird Herr L. Edinger, zum II. Schriftführer für 1907 und I. Schriftführer für 1908 Herr Cahen-Brach gewählt.

In den Fünferausschuss werden gewählt die Herren Kallmorgen, Carl, Jaffé, Lapp und Altschul.

Das Jahr 1906 schliesst mit einem Bestande an ordentlichen Mitgliedern von 309 Aerzten und Aerztinnen, an ausserordentlichen Mitgliedern von 105 Aerzten und Aerztinnen.

Der Verein hat im Jahre 1906 durch den Tod verloren: 2 ordentliche und 1 ausserordentliches Mitglied. Neu eingetreten sind 16 ordentliche und 28 ausserordentliche Mitglieder.

Der Verein hat insgesamt 27 Sitzungen: 19 ordentliche und 8 ausserordentliche abgehalten.

Zweiter Teil.
Geschäftliche Mitteilungen.

Geschäftliche Mitteilungen des Aerztlichen Vereins.

Jahresbericht über die Tätigkeit des ärztlichen Vereins zu Frankfurt a. M. im Jahre 1906.

Von Dr. Heinrich Seligmann.

Der Vorstand war gebildet durch die Herren E. Cohn als I., Sippel als II. Vorsitzenden, Rosengart als I., Seligmann als II. Schriftführer.

Die Zahl der ordentlichen Mitglieder wurde durch 16 neu aufgenommene auf 309, der ausserordentlichen durch 28 Neuaufnahmen auf 105 vermehrt. Ueber die Einzelheiten wird auf die Personalien der neu aufgenommenen Mitglieder verwiesen.

Durch Austritt verlor der Verein die Herren: Wallach, Amberger, Fritz Juliusberg, Krekels, Willy Pfeiffer, Raake, Ahrent, Noll, Villaret, Wegner; ferner die Herren Hugo Salomon, Arnold, Diepgen, Bräutigam, Massini.

Durch den Tod verlor der Verein Herrn Michael Loeb und Herrn Georg Landsberg. Ferner starb das langjährige frühere Mitglied Herr Max Brüll nach schwerer Krankheit, die ihn in seinen letzten Lebensjahren verhindert hatte, dem Verein anzugehören.

Unter den wichtigeren Beschlüssen heben wir die Einführung der ärztlichen Sonntagsruhe hervor, deren wesentliche Grundzüge hier wiederholt werden mögen.

An der Sonntagsvertretung nehmen nicht alle Mitglieder des ärztlichen Vereins teil. Di eBeteiligung ist eine freiwillige. Der Dienst erstreckt sich nur auf den Sonntag Nachmittag von 12 Uhr mittags bis 12 Uhr Mitternacht.

Sämmtliche teilnehmenden Aerzte sind in Gruppen geteilt; jede Gruppe entspricht einem Stadtbezirk. Zurzeit entspricht ein solcher Aerztebezirk 2—4 Polizeirevieren. In jedem Bezirk wechseln die Kollegen unter sich derart ab, dass je 2 an einem Sonntag Nachmittag Dienst haben; die anderen sind dienstfrei. Die Aufstellung der Dienstordnung geschieht in alphabetischer Reihenfolge durch den Schriftführer des Vereins und wird monatlich den Vereinsmitgliedern durch Postkarte bekannt gegeben.

Die diensttuenden Aerzte sind nur am Sonntagsdienst teilnehmenden Aerzten ihres Bezirks gegenüber zur Vertretung verpflichtet.

Von jedem vertretungsweise übernommenen Falle wird dem vertretenen Arzte sofort schriftlich Mitteilung seitens des Vertreters gemacht. Die Mitteilung muss so gehalten sein, dass der vertretene Arzt imstande ist, alsbald die Behandlung aufzunehmen.

Durch die Einhaltung der alphabetischen Reihenfolge ist es jedem Teilnehmer an der Sonntagsruhe möglich, schon auf Wochen hinaus den auf ihn fallenden Sonntag voraus zu berechnen und sich darauf einzurichten. Im Falle einer Verhinderung hat der diensttuende Arzt selbst für Ersatz und geeignete Instruktion seines Personals zu sorgen.

Neue Mitglieder werden bei ihrem Eintritt in den ärztlichen Verein (fast stets mit Erfolg) zur Beteiligung am Sonntagsdienst vom Vorstand aufgefordert.

Klagen über Nachteile sind bisher dem Vorstand nicht bekannt geworden.

Eine weitere Neuerung stellt die Einführung der freien Arztwahl bei den Betriebskrankenkassen des Kgl. Eisenbahndirektionsbezirks Frankfurt a. M. dar. Sie erfolgte nach schwierigen Verhandlungen durch einmütiges Vorgehen des Aerztlichen Vereins und des Aerzteverbandes für freie Arztwahl zu Frankfurt a. M.

Wiederholte Vereinsbeschlüsse wurden gefasst in Bezug auf städtische Einrichtungen. Während die Einführung der Honorierung der Einzelleistung bei der II. Klasse in den städt. Krankenhäusern, wie sie der Verein beauftragt hatte, von den städtischen Behörden nicht angenommen wurde, fand der Antrag auf Einrichtung eines städtischen physiologisch-chemischen Untersuchungsamts günstigere Aufnahme, und befindet sich dieses auf dem Wege zur Verwirklichung.

An der Tagung der Ersten internationalen Konferenz für Krebsforschung unter dem Vorsitze von Exzellenz v. Czerny, Ehrlich, v. Leyden und unter der Beteiligung der namhaftesten Forscher aus Amerika, Dänemark, England, Frankreich, Italien, Russland und Schweden und Norwegen, die hier

in den Arbeiten des Kgl. Instituts für experimentelle Therapie ihren Mittelpunkt fand, sowie ferner am Empfang der Excursion médicale française beteiligten sich der Vorstand und zahlreiche Vereinsmitglieder. Das gleiche gilt von der Einweihung des Speyerhauses.

Auf Einladung der Senckenbergischen Stiftungs-administration hielt der Vorstand mit dieser gemeinsam eine Besichtigung des künftigen Sitzungssaales Viktoriaallee 9.

Der Vorstand veranlasste eine Anzahl Professoren der Nachbaruniversitäten, sich an den Vereinsverhandlungen durch Vorträge und Diskussionsbemerkungen lebhaft zu beteiligen, so u. a. die Herren Professoren Moritz, Küttner, Brauer, Opitz.

Das Stiftungsfest fand wie üblich am 3. November in Form eines gemütlichen Festessens im grossen Saal des „Frankfurter Hofes" statt.

Bezüglich alles sonst Wissenswerten verweisen wir auf die Sitzungsberichte.

Ordentliche Mitglieder des Aerztlichen Vereins

am 31. Dezember 1906.

(Verein gegründet im Jahre 1845.)

No.	Namen	Approbiert	Promoviert	In Frankfurt als Arzt niedergelassen	Mitglied des Aerztlichen Vereins
1	Dr. Neubürger, Theodor, Geh. San.-R.	1854	1853	1854	1855
2	» Schmidt, Jean, Sanitätsrat	1855	1853	1855	1855
3	» Schmidt Moritz, Wirkl. Geh Rat, Exz.	1861	1860	1861	1862
4	» Bardorff, Carl	1863	1861	1863	1863
5	» Altschul, Gustav, San.-Rat	1862	1862	1864	1864
6	» Bockenheimer, Jak. Geh. San.-Rat	1863	1861	1863	1864
7	» Schott, Eugen, Sanitäts-Rat	1864	1860	1864	1864
8	» de Bary, Jakob, San.-Rat	1865	1864	1865	1865
9	» Kirchheim, Simon	1865	1864	1865	1865
10	» Glöckler, Alexander, San.-Rat	1865	1864	1866	1866
11	» Mappes, Georg	1867	1866	1867	1867
12	» Vömel, Heinrich, Geh. San.-Rat	1867	1866	1867	1868
13	» Krüger, Gustav, San.-Rat	1865	1864	1869	1869
14	» Loretz, Wilhelm Emil, San.-Rat	1867	1866	1868	1869
15	» Cohn, Emanuel, San.-Rat	1867	1866	1867	1870
16	» Fridberg, Robert, San.-Rat	1867	1867	1870	1870
17	» Wolf, Oskar, San.-Rat	1867	1866	1870	1870
18	» Harbordt, Adolf, San.-Rat	1868	1867	1869	1871
19	» Blumenthal, Ernst, San.-Rat	1869	1869	1872	1872
20	» Rehn, Heinrich, Geh. San.-Rat	1857	1856	1872	1872
21	» Hirschberg, Max, San.-Rat	1867	1866	1873	1873
22	» Jung-Marchand, Aug., San.-Rat	1872	1870	1872	1873
23	» Klingelhöffer, August, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt	1870	1870	1874	1875
24	» Jaffé, Theodor, San.-Rat	1874	1873	1876	1876
25	» Rosenbaum Elieser	1876	1874	1876	1876
26	» Sommerlat, Ludwig, San.-Rat	1874	1876	1876	1877
27	» Carl, August, San.-Rat	1875	1874	1878	1878
28	» Küppers, Markus, San.-Rat	1874	1873	1874	1878
29	» Sippel, Albert, Professor	1875	1875	1878	1878
30	» Kaufmann, Karl	1875	1874	1879	1879
31	» Lachmann, Bernhard, San.-Rat	1877	1876	1881	1881
32	» Zimmern, Siegmund, San.-Rat	1866	1865	1881	1881
33	» Auerbach, Leopold, San.-Rat	1880	1880	1881	1882
34	» Fester, Otto, San.-Rat	1877	1877	1880	1882
35	» Loeb, Michael	1866	1866	1882	1882
36	» Rehn, Louis, Professor	1874	1875	1882	1882

No.	Namen	Approbiert	Promoviert	In Frankfurt als Arzt niedergelassen	Mitglied des Aerztlichen Vereins
37	Dr. Edinger, Ludwig, Professor	1877	1876	1883	1883
38	» Eulenstein, Heinrich	1883	1882	1883	1883
39	» Laquer, Leopold, San.-Rat	1880	1879	1883	1883
40	» Nohstadt, Rudolf	1879	1879	1879	1883
41	» Pinner, Oskar, San.-Rat	1875	1875	1883	1883
42	» Bärwindt, Franz, San.-Rat	1880	1883	1880	1884
43	» Elle, Johannes	1882	1882	1883	1884
44	» Eulau, Siegmund	1882	1883	1884	1884
45	» Fürst, Bernhard	1883	1883	1884	1884
46	» Seligmann, Heinrich	1882	1881	1884	1884
47	» Ebenau, Friedrich	1875	1875	1885	1885
48	» Hesdörffer, Julius	1883	1883	1884	1885
49	» Oehler, Rudolf	1883	1884	1885	1885
50	» Schütz, Josef	1883	1882	1885	1885
51	» Vohsen, Karl	1883	1882	1885	1885
52	» Wohlfarth, Ernst, San.-Rat	1876	1876	1876	1885
53	» Gottschalk, Joseph	1882	1883	1886	1886
54	» Günzburg, Alfred	1885	1885	1886	1886
55	» Rosenmeyer, Ludwig	1881	1881	1886	1886
56	» Schmidt, Julius, San.-Rat	1881	1881	1886	1886
57	» Schott, Theodor, Professor	1877	1877	1886	1886
58	» Wallach, Emil	1878	1879	1886	1886
59	» Asch, Ernst	1886	1884	1887	1887
60	» Herxheimer, Karl	1885	1884	1887	1887
61	» Hübner, Emil	1885	1886	1887	1887
62	» Oppenheimer, Oskar	1883	1884	1887	1887
63	» Roediger, Ernst, San.-Rat	1884	1885	1887	1887
64	» Schlesinger, Hermann	1879	1879	1887	1887
65	» Scriba, Eugen	1884	1884	1887	1887
66	» Flesch, Max, Professor	1873	1872	1888	1888
67	» Kahn, Ernst	1885	1888	1888	1888
68	» Mayer, Heinrich	1887	1886	1888	1888
69	» Müller, Heinrich	1873	1873	1884	1888
70	» Neubürger, Otto	1888	1887	1888	1888
71	» Rosengart, Josef	1884	1887	1888	1888
72	» Sioli, Emil,	1876	1875	1888	1888
73	» Wolff, Ludwig	1885	1885	1888	1888
74	» Demmer, Theodor	1883	1883	1889	1889
75	» Friedländer, Julius	1884	1884	1889	1889
76	» Grandhomme, Wilh., Geh. Med.-R.				
77	Kreisarzt	1860	1860	1889	1889
78	» Jourdan, Adolf	1888	1888	1889	1889
79	» Nebel, Hermann	1878	1877	1889	1889
	» Seuffert, Theodor	1881	1881	1889	1889
80	» Walter, Leopold	1879	1879	1889	1889
81	» Ettlinger, Albert	1885	1884	1890	1890

No.	Namen	Approbiert	Promoviert	In Frankfurt als Arzt niedergelassen	Mitglied des Aerztlichen Vereins
82	Dr. Heyder, Karl Heinrich	1889	1889	1890	1890
83	» Hirsch, Raphael	1888	1888	1890	1890
84	» Hirsch, Wolf	1889	1888	1890	1890
85	» Kömpel, Eduard	1888	1888	1890	1890
86	» Nobel, August,	1886	1886	1890	1890
87	» Simon, Elias	1889	1888	1890	1890
88	» Weber, Heinrich	1888	1888	1890	1890
89	» von Wild, Rudolf	1887	1887	1890	1890
90	» Avellis, Georg	1888	1888	1890	1891
91	» Cahen-Brach, Eugen	1887	1887	1891	1891
92	» Fromm, Emil	1886	1886	1891	1891
93	» Gunz, Otto	1889	1891	1891	1891
94	» Kaiser, Ludwig	1890	1890	1891	1891
95	» Knoblauch, August	1887	1888	1891	1891
96	» Lampé, Eduard	1884	1884	1890	1891
97	» Mehler, Ludwig Emil	1891	1890	1891	1891
98	» Spiess, Gustav, Professor	1890	1890	1891	1891
99	» Stern Richard	1889	1889	1891	1891
100	» Stroh, Wilhelm	1888	1888	1890	1891
101	» Abraham, Siegmund	1891	1891	1892	1892
102	» Ascher, Julius	1886	1885	1892	1892
103	» Auerbach, Siegmund	1890	1890	1892	1892
104	» Blum, Ferdinand	1890	1890	1892	1892
105	» Cuno, Friedrich	1891	1891	1892	1892
106	» Deutsch, Adolf	1891	1892	1892	1892
107	» Gause, August	1889	1890	1892	1892
108	» Hanauer, Wilhelm	1890	1890	1892	1892
109	» Kramer, Robert	1890	1890	1892	1892
110	» Ransohoff, Moritz	1883	1883	1892	1892
111	» Benario, Jacques	1891	1891	1893	1893
112	» Brodnitz, Siegfried	1890	1890	1893	1893
113	» Kahn, Ferdinand	1891	1891	1893	1893
114	» Katzenstein, Moritz	1891	1891	1892	1893
115	» Marx, Karl	1892	1893	1893	1893
116	» von Meyer, Edward	1887	1887	1893	1893
117	» Diefenbach, Josef	1891	1890	1894	1894
118	» Eiermann, Arnold	1891	1891	1894	1894
119	» Fath, Siegmund	1883	1893	1894	1894
120	» Feis, Oswald	1891	1889	1894	1894
121	» Fulda, Heinrich	1893	1893	1894	1894
122	» Goldbaum, Adolf	1879	1879	1889	1894
123	» Grossmann, Otto	1884	1884	1894	1894
124	» Kallmorgen Wilhelm	1890	1889	1894	1894
125	» Kayser, Heinrich	1889	1889	1893	1894
126	» Keller, Gottfried	1887	—	1887	1894
127	» Knickenberg Ernst	1892	1890	1894	1894

No.	Namen	Approbiert	Promoviert	In Frankfurt als Arzt niedergelassen	Mitglied des Aerztlichen Vereins
128	Dr. Kohn, Julius	1890	1891	1894	1894
129	» Kurtz, Friedrich	1893	1892	1894	1894
130	» von Noorden, Karl, Professor	1882	1881	1894	1894
131	» Stern, Albert	1893	1893	1894	1894
132	» Streng, Wilhelm	1888	1888	1894	1894
133	» Ullmann Adolf	1883	1894	1894	1894
134	» von den Velden, Friedrich	1892	1892	1894	1894
135	» Baerwald, Arnold	1891	1893	1895	1895
136	» Daube, Kurt, Sanitätsrat	1872	1871	1875	1895
137	» Feuchtwanger, Albert	1890	1890	1895	1895
138	» Hanau, Ludwig	1890	1890	1891	1895
139	» Hergenhahn, Eugen	1891	1891	1895	1895
140	» Hohenemser, Otto	1892	1892	1895	1895
141	» Korte, Heinrich	1892	1892	1895	1895
142	» Krug, Josef	1890	1892	1892	1895
143	» Labes, Ulrich	1890	1895	1895	1895
144	» Libbertz, Arnold, Sanitätsrat	1867	1867	1878	1895
145	» Löwenthal, Viktor	1889	1888	1899	1895
146	» Minkel, Adolf	1895	1893	1895	1895
147	» Rauch, Fritz	1893	1893	1895	1895
148	» Stern, Josef	1895	1894	1895	1895
149	» Strauss, Zadok	1892	1892	1893	1895
150	» Streitke, Gotthold	1891	1891	1895	1895
151	» Baer, Theodor	1893	1892	1896	1896
152	» Buecheler, Anton	1890	1889	1896	1896
153	» Ebeling, Hugo,	1890	1893	1893	1896
154	» Gärtner, Ludwig	1894	1894	1896	1896
155	» Grünwald, Karl	1891	1890	1896	1896
156	» Kasprzik, Rudolf, San.-Rat	1878	1877	1896	1896
157	» Lapp, Wilhelm	1893	1897	1896	1896
158	» Rosenbaum, Emil	1894	1894	1896	1896
159	» Salomon Richard	1889	1889	1896	1896
160	« Sanner, Rudolf	1894	1894	1895	1896
161	» Seckbach, Viktor	1894	1892	1896	1896
162	» Veis, Julius	1894	1894	1896	1896
163	» Weyrauch, Julius	1893	1893	1896	1896
164	» Adolph, Friedrich	1893	1894	1897	1897
165	» Bermann, Ferdinand	1892	1892	1897	1897
166	» Dreyfuss, Max	1893	1895	1897	1897
167	» Gross, Otto	1893	1894	1897	1897
168	» Hainebach, Julius	1894	1893	1897	1897
169	» Hausmann, Franz	1893	1892	1897	1897
170	» Heimann, Arthur	1896	1895	1897	1897
171	» von Mettenheimer, Heinrich	1893	1893	1997	1997
172	» Petersen, Ernst	1885	1886	1997	1997
173	» Rothschild, John	1894	1892	1997	1997

No.	Namen	Approbiert	Promoviert	In Frankfurt als Arzt niedergelassen	Mitglied des Aerztlichen Vereins
174	Dr. Siegel, Ernst	1893	1892	1897	1897
175	» Stiebel, Gustav	1896	1895	1897	1897
176	» Wulff, Gottlieb	1895	1895	1897	1897
177	» de Bary, August	1897	1897	1901	1898
178	» Berg, Georg	1888	1888	1892	1898
179	» Doctor, Ernst	1896	1896	1898	1898
180	» Fonrobert, Alexander	1894	1895	1898	1898
181	» Gelhaar, Erich	1895	1894	1898	1898
182	» Lange, Jakob	1897	1896	1898	1898
183	» Müller, Otto Viktor	1896	1897	1898	1898
184	» Nahm, Jakob	1894	1895	1898	1898
185	» Peschel, Max, Professor	1873	1876	1898	1898
186	» Simon, Max	1893	1894	1898	1898
187	» Weilhammer, Jakob	1890	1891	1898	1898
188	» Witebsky, Michael	1895	1896	1898	1898
189	» Amberger, Jakob	1895	1894	1899	1899
190	» Bär, Bernhard	1897	1897	1899	1899
191	» Bamberger, Simon	1897	1897	1899	1899
192	» Bischofswerder, Alfred	1898	1895	1899	1899
193	» Böhm, Henry Julius	1894	1893	1899	1899
194	» Ehrlich, Paul, Professor, Geheimer Med.-Rat	1878	1878	1899	1899
195	» Fromm, Simon	1898	1897	1899	1899
196	» Grandhomme, Fritz	1898	1899	1899	1899
197	» Kaufmann, Rafael	1897	1897	1899	1899
198	» Lehmann, Karl	1897	1897	1899	1899
199	» Mainzer, Max	1885	1884	1899	1899
200	» Mayer, Josef	1898	1896	1899	1899
201	» Meder, Felix	1893	1892	1899	1899
202	» Neisser, Max, Professor	1893	1893	1899	1899
203	» Neuberger, Julius	1895	1896	1899	1899
204	» Plaut, Theodor	1897	1897	1899	1899
205	» Scheven, Otto	1896	1896	1899	1899
206	» Schnaudigel, Otto	1894	1894	1899	1899
207	» Strauss, Alfred	1896	1897	1899	1899
208	» Strauss, Josef	1895	1895	1899	1899
209	» Tassius, Viktor	1884	1884	1899	1899
210	» Werthmann, Johann Lorenz	1895	1893	1999	1899
211	» Weydt, Georg	1896	1898	1999	1899
212	» Berlizheimer, Sigmund	1896	1895	1900	1900
213	» Bode, Friedrich	1895	1894	1900	1900
214	» Dornblüth, Otto	1884	1884	1900	1900
215	» Ganz, Otto	1896	1893	1900	1900
216	» Hildebrand, Richard	1887	1887	1900	1900
217	» König, Karl	1893	1892	1900	1900
218	» Krämer, Felix	1892	1892	—	1900

No.	Namen	Approbiert	Promoviert	In Frankfurt als Arzt niedergelassen	Mitglied des Aerztlichen Vereins
219	Dr. Kutz, Arthur	1896	1895	1900	1900
220	» Landsberg, Ludwig	1899	1897	1900	1900
221	» Marcus, Otto	1895	1894	1900	1900
222	» Marx, Ernst, Stabsarzt, Professor	1895	1893	1900	1900
223	» Metzger, Ludwig	1896	1897	1900	1900
224	» Scherer, Josef	1897	1897	1900	1900
225	» Schmidt, Isidor	1898	1897	1900	1900
226	» Sopp, Anton	1897	1898	1900	1900
227	» Straus, Friedrich	1896	1895	1900	1900
228	» Alexander, Franz	1896	1895	1901	1901
229	» Aschheim, Hugo	1893	1894	1901	1901
230	» Haus, Rudolf Karl	1898	1898	1901	1901
231	» Levy, Emil	1899	1898	1901	1901
232	» Roth, Karl, Gerichtsarzt	1885	1883	1901	1901
233	» Sachs, Michael	1895	1895	1901	1901
234	» Schlosser, Karl	1901	1901	1901	1901
235	» Thiergardt, Adolf	1998	1997	1901	1901
236	» Weisbecker, Leopold	1895	1895	1901	1901
237	» Homburger, August	1897	1898	1905	1901
238	» Sachs, Hans	1900	1900	1906	1901
239	» Sachs, Theodor	1898	1899	1898	1901
240	» Gärtner, Hugo	1896	1897	1902	1902
241	» Gotthold, Jean	1900	1902	1902	1902
242	» Hart, Karl	1875	1879	1902	1902
243	» Julinsberg, Fritz	1896	1896	1902	1902
244	» Maier, Ernst	1898	1897	1902	1902
245	» Rosenbaum, Saly	1901	1901	1902	1902
246	» Rothschild, Otto	1896	1895	1902	1902
247	» Scheffen, Hermann	1897	1897	1902	1902
248	» Scholz, Bernhard	1898	1898	1902	1902
249	» Schürenberg, Wilhelm Gustav	1897	1898	1902	1902
250	» Wachsmuth, Hans	1897	1897	1902	1902
251	» Zinn, Charles	1899	1899	1903	1903
252	» Treupel, Georg, Professor	1891	1891	1903	1903
253	» Schlippe, Paul	1900	1900	1903	1903
254	» Krekels, Oskar	1895	1896	1903	1903
255	» von Geldern-Egmont, Gräfin Frid.	1902	1897	1903	1903
256	» Schild, Rudolf	1897	1897	1903	1903
257	» Baur, Karl	1895	1895	1903	1903
258	» Feuchtwanger, Jakob	1897	1897	1903	1903
259	» Werner, Emil	1900	1900	1903	1903
260	» Emanuel, Karl	1898	1898	1903	1903
261	» Meyer, Jakob	1900	1900	1903	1903
262	» Kling, Robert	1900	1901	1903	1903
263	» Löffler, Gustav	1902	1902	1902	1903
264	» Hengsberger, August	1898	1898	1901	1903

No.	Namen	Approbiert	Promoviert	In Frankfurt als Arzt niedergelassen	Mitglied des Aerztlichen Vereins
265	Dr. von Gosen, Hans	1899	1898	1903	1903
266	» Guggenheim, Emil	1890	1890	1903	1903
267	» Hirsch, Perez	1902	1902	1903	1903
268	» Asfalg, Karl	1901	1901	1904	1904
269	» Baldes, Karl	1901	1901	1904	1904
270	» Dostert, Alfred	1902	1902	1904	1904
271	» Grossmann, Emil	1895	1895	1904	1904
272	» Heichelheim, Sigmund	1899	1898	1904	1904
273	» Jatho, Heinrich	1900	1902	1904	1904
274	» Knoblauch, Paul	1897	1896	1904	1904
275	» Koenig, Albert, San.-Rat, Stadtarzt	1886	1884	1904	1904
276	» Kränzle, Paul	1895	1900	—	1904
277	» Kurzezunge, Dagobert	1901	1901	1904	1904
278	» Lejeune, Adolf	1898	1898	1904	1904
279	» Levi, Gustav	1886	1886	1886	1904
280	» Lossen, Kurt	1898	1898	1904	1904
281	» Noetzel, Wilhelm	1893	1892	—	1904
282	— Oechelhäuser, Otto	1904	—	1904	1904
283	Dr. Ossenkopp, Josef	1893	1891	1904	1904
284	» Oxenius, Richard	1897	1897	1904	1904
285	» Ponfick, Wilhelm	1898	1900	1904	1904
286	» Winterhalter, Elisabeth	1889	1890	1891	1904
287	» Kalberlah, Fritz	1900	1900	1906	1904
288	» Adolf, Friedrich	1893	1894	1897	1904
289	» Albrecht, Eugen, Professor	1896	1895	1904	1905
290	» Pfeiffer, Willy	1903	1903	1904	1905
291	» Raake, Karl	1897	1896	1904	1905
292	» Pfeiffer, Richard	1896	1897	1904	1905
293	» Lindenmeyer, Otto	1900	1900	1905	1905
294	» Bornemann, Wilhelm	1901	1905	1905	1905
295	» Fleck, Georg	1898	1897	1905	1905
296	» Ahrent, Fritz	1902	1902	1902	1905
297	» Geelvink, Peter	1895	1896	1904	1905
298	» Weber, Ernst	1904	1905	1905	1905
299	» Moll, Friedrich	—	—	1905	1905
300	» Wagner, Paul	1898	1899	1905	1905
301	» Rosenhaupt, Heinrich	1902	1902	1905	1905
302	» Beck, Karl	1901	1901	1905	1905
303	» Lilienfeld, Sidney	1899	1900	1905	1905
304	» Villaret, Albert, Generarzt	—	—	—	1905
305	» Becker, Ferdinand	1897	1898	1905	1905
306	» Weber, August	1904	1905	1905	1905
307	» Goldschmidt, Siegfried	1903	1904	1905	1905
308	» Sommerlat, Norbert	1904	1904	1905	1905
309	» Wegener, Arnold	1902	1902	1905	1905
310	» Richartz, Heinz	1893	1893	1905	1905

No	Name	Approbiert	Promoviert	In Frankfurt als Arzt niedergelassen	Mitglied des Aerztlichen Vereins
311	Dr. Soltans, Karl	1903	--	1904	1906
312	» Vatter, Gustav	1900	1901	1905	1906
313	» Loder, Ludwig	1898	1897	1905	1906
314	» Juliusberg, Max	1900	1900	1906	1906
315	» Mannheimer, Jakob	1892	1892	1906	1906
316	» Portmann, Bernhard	1901	1901	1906	1906
317	» Salvendi, Hugo	1902	1902	1906	1906
318	» Tecklenburg, Ferdinand	1902	1902	1906	1996
319	» Simrock, Karl	1906	1906	1906	1906
320	» Stein, Arthur	1901	1901	1906	1906
321	» Burk, Walther	1901	1901	1906	1906
322	» Lüthje, Hugo, Professor	1897	1895	1906	1906
323	» Opificius, Marie	1904	1905	1906	1906
324	» Loewe, Otto	1903	1903	1906	1906
325	» Linck, Ernst	1905	1905	1906	1906
326	» Liefmann, Emil	1901	1901	1906	1906
327	» Hirsch, Otto	1901	1901	1906	1906

Ausserordentliche Mitglieder des Aerztlichen Vereins
am 31. Dezember 1906

No.	Namen	Approbiert	Promoviert	Niederlassung	Mitglied des Aerztl. Vereins
1	Dr. Hauser, Ludwig, Geh. Ober-Med.-Rat Darmstadt	1867	1867	1867	—
2	» Thilenius, Otto Geh. San.-Rat, Soden a. T.	1869	1868	1870	1871
3	» Weber, Karl, San.-Rat, Homburg v. H.	1871	1870	1872	—
4	» Wilhelm, Ludwig, San.-Rat, Roedelheim	1877	1876	1878	1878
5	» Lommel, Karl, San.-Rat, Homburg v. H.	1874	1873	1874	1879
6	» Wolff, Karl, San.-Rat, Griesheim a. M.	1872	1870	1879	1879
7	» Groedel, Isid., Prof. Med.-Rat, Bad-Nauheim	1874	1874	1875	1881
8	» Haupt, August, San.-Rat, Soden a. T.	1876	1875	1881	1881
9	» Beinhauer, Hugo, Med.-Rat, Kreisarzt Höchst a. M.	1873	1873	1882	1882
10	» Gottschalk, Eugen, Griesheim a. M.	1882	1882	1884	1884
11	» Müller, Richard, San.-Rat, Bad-Nauheim	1868	1868	1870	1884
12	» Bachfeld, Rudolf, Offenbach a. M.	1884	1884	1886	1885
13	» Gottfried, Jakob, Niederrad	1887	1890	1890	1887
14	» Hughes, Henry, Soden a. T.	1887	1887	1888	1888
15	» Sartorius, Ernst, Höchst a. M.	1885	1884	1888	1888
16	» Albrecht, Franz, Schmitten i. T.	1887	1886	1888	1889
17	» Hitzel, Adam, San.-R., Homburg v. H.	1863	1863	1863	1889
18	» Bruck, Martin, Bad-Nauheim	1889	1887	1889	1890
19	» Geist-Jakobi, G. P., Zahnarzt	1886	1888	1889	1890
20	— Peters, Hans, Zahnarzt	1888	—	1890	1890
21	Dr. Scherk, Karl, San.-Rat, Homburg v. H.	1867	1864	1890	1890
22	» Friedlieb, Karl, Homburg v. H.	1884	1884	1890	1891
23	» Knauf, Ernst, Neu-Isenburg	1885	1886	1885	1891
24	» Flichter, Leopold, Neu-Isenburg	1887	1887	1887	1892
25	» Oberstadt, Ferdinand, Med.-Rat, Kreisarzt, Langenschwalbach	1875	1874	1879	1892
26	» Kohnstamm, Oskar, Königstein a. T.	1894	1893	1895	1895
27	» Radt, Julian, Höchst a. M.	1886	1885	1888	1895
28	» Hartmann, Moritz, San.-Rat, Hanau	1875	1875	1876	1896
29	— Marcus, Robert, Zahnarzt	1894	—	1896	1896
30	Dr. Schaeffer-Stuckert, Fritz, Zahnarzt	1889	1895	1889	1896
31	» Schulze-Kahleyss, Max, Hofheim a. T.	1894	1894	1897	1896
32	» Feibusch, Karl, Zahnarzt	1895	1896	1896	1897
33	» Nützel, Christian, Hattersheim	1889	1890	1891	1897
34	— Theis, Wilhelm, Zahnarzt	1893	—	—	1897
35	Dr. Günzel, Otto, Soden a. T.	1894	1894	1896	1898
36	» Gottschalk, Richard, Ginnheim	1889	1887	1899	1899
37	» Lipstein, Alfred	1899	1899	—	1899
38	» Pariser, Kurt, Homburg v. H.	1888	1886	1899	1899
39	» Rothschild, David, Soden a. T.	1898	1897	1899	1899
40	» Salomon, Hugo	1895	1895	—	1899

No.	Namen	Approbiert	Promoviert	Niederlassung	Mitglied des Aerztl. Vereins
41	Dr. Glanz, Adolf, Heddernheim	1898	—	1900	1900
42	» Laudenheimer, Rudolf, Alsbach a. B.	1894	1892	1900	1900
43	» Maley, Adolf, Vilbel	1883	1883	1887	1900
44	» Frank, Karl, Zahnarzt	1892	1893	1895	1901
45	» Krogh, Axel, Rödelheim	1897	1896	—	1901
46	» Langebartels, H. Th. C. Bad-Nauheim	1891	1891	—	1901
47	» Goldberg, Ludwig, Heddernheim	1888	1888	1899	1902
48	» Mayer, Karl, Wiesbaden	1882	1883	1902	1902
49	» Salomon, Oskar, Frankfurt a. M.	1900	1901	—	1902
50	» Scherf, Josef, Bad Orb	1892	1902	1893	1902
51	» Spielmans, Max, Homburg v. H.	1901	1901	1902	1902
52	» Ewald, Walter	1902	1902	1903	1903
53	» Krauss, Gustav	1887	1887	—	1904
54	» Drüner, Leo, Stabsarzt	1894	—	—	1905
55	» Embden, Gustav	—	—	—	1905
56	» Engels, Wladimir	—	—	—	1905
57	» Schroeder Max	—	—	—	1905
58	» Hübner, Hans	1900	1901	1905	1905
59	» Wolf, Ernst	—	—	—	1905
60	» Boit, Hans	1901	1905	—	1905
61	» Schliep, Leopold	1902	1902	1904	1905
62	» Sartorius, Richard	1903	1903	1905	1905
63	» Schilling, Karl Friedrich	1905	1905	1905	1905
64	» Wislicenus, Gustav	1902	1903	—	1905
65	» Laubenheimer, Kurt	1902	1903	1904	1905
66	» Oppenheim, Gustav	1905	1905	1905	1905
67	» von Noorden, Werner, Homburg v. H.	1885	1885	—	1905
68	» Isserlin, Max, Soden a. T.	1900	1903	—	1905
69	» Weiss, Albert, Oberreifenberg	1903	—	—	1905
70	» Riechelmann, Wilhelm, Homburg v. H.	1901	1901	1904	1905
71	» Haase, Wilhelm, Homburg v. H.	1900	1899	—	1905
72	» Dölger, Robert, Stabsarzt, Frankf. a. M	—	—	—	1906
73	» Brenner, Fritz, Frankfurt a. M.	1905	—	1906	1906
74	» Graul, Gaston, Neuenahr	1897	1897	1903	1906
75	» Engel, Hans, Frankfurt a. M.	1904	1905	1905	1906
76	» Friedrich, Otto, Frankfurt a. M.	1904	1904	—	1906
77	» Moritz, Friedrich, Prof., Giessen	1886	1885	1892	1906
78	» Wolfskehl, Henry, Frankf. a. M.	1902	1905	1906	1906
79	» Lichel, Max, Frankfurt a. M.	1904	1904	1906	1906
80	» Brauer, Ludw., Professor, Marburg	—	—	—	1906
81	» Küttner, Hermann, Prof., Marburg	—	—	—	1906
82	» Fertig, Direktor, Hanau	—	—	—	1906
83	» Roth, Lorenz, Usingen	1896	1897	1899	1906
84	» Ambrosius, Walter, Hanau	1890	1890	1894	1906
85	» Prorok, Arthur, Soden	1904	1904	1905	1906
86	» Pfeiffer, Karl, Frankfurt a. M.	1901	1901	1906	1906
87	» Feistkorn, A., Hofheim	—	—	—	1906

No.	Namen	Approbiert	Promoviert	Niederlassung	Mitglied des Aerztl. Vereins
88	Dr. Zuschlag, Gustav, Direktor, Hanau . .	1892	1892	—	1906
89	» Opitz, Professor, Marburg	—	—	—	1906
90	» Gärtner, Rudolf, Höchst a. M.	1902	1902	1906	1906
91	» Jacobsthal, Erwin, Frankf. a. M. . .	1902	1902	—	1906
92	» Hommerich, Karl, Frankfurt a M. . .	1903	1903	—	1906
93	» Schütz, Robert, Wiesbaden	1893	1894	1898	1906
94	» Heinrich, Georg, Oberursel	1903	1903	1906	1906
95	» Bingel, Adolf, Frankfurt a. M	1902	1902	1906	19 6
96	» Schenk, Eduard, Frankfurt a. M. . . .	1901	1902	—	19 6
97	» Schwerin, Paul, Höchst a. M.	1888	1889	1892	1906
98	» Schmiedicke, Otto, Generalarzt, Korpsarzt	1881	1880	1906	1906
99	» Haas, Friedrich, Eschersheim	1903	—	1904	1906

Personalien der im Jahre 1906 neu eingetretenen ordentlichen Mitglieder.

	Zu- und Vorname	Zeit und Ort der Geburt	Besuchte Universitäten	Jahr u. Ort der Approbation	Jahr u. Ort der Promotion	Seitherige Tätigkeit
1.	Soltans Karl	10. Febr. 1870 Frankfurt a. M.	Marburg, München, Würzburg	1903 Würzburg		Vom 1. Oktober 1903 bis 1. April 1904 Militärarzt, vom 1. Mai 1904 bis 30. April 1905 Assistenzarzt der Dr. Bockenheimerschen Klinik. Von Juni 1905 bis Oktober 1905 Vertreter des Herrn Dr. Prange Niederrad.
2.	Loder Ludwig	Frankfurt a. M. 7. Mai 1872	Würzburg	1898 Würzburg	1897 Würzburg	Als praktischer Arzt in Scheinfeld (Bayern), 1900 bis 1901 Frankfurt a. M., Heussenstamm (Hessen) 1902—04; Niederrad 1904—05.
3.	Juliusberg Max	26. Aug. 1874 Breslau	Breslau, Würzburg, München, Leipzig	1900 Leipzig	1900 Leipzig	3/4 Jahr Schiffsarzt der Hamburg-Amerika-Linie; Einj. Freiw. Arzt in Breslau 1/2 Jahr. 10 Monate Volontär bei Herrn Geheimrat Weigert in Frankfurt a. M.; 6 Monate Vol.-Assistent bei Prof. v. Strümpell in Erlangen, 7 Monate Assistent bei Prof. Jadassohn in Bern, 3 Monate am Hosp. St. Louis Paris, 2 1/4 Jahr Assistent des Prof. Neisser an dessen Klinik der Univers. Breslau.
4.	Mannheimer Jakob	7. Mai 1870 Kleinheubach a. M. Bayern	Würzburg, München, Berlin, Leipzig, Erlangen	1892 Leipzig	1892 Leipzig	Von 1892—1895 prakt. Arzt in Neustadt (Odenwald) Hessen. Okt. 1895 bis Mai 1896 Volontärassistent an der Frauenklinik in Erlangen (Prof. Frommel). Dann Schiffsarzt bei der Hamburg-Amerika-Linie. Von Herbst 1896 bis Mai 1900 prakt. Arzt in Darmstadt; dann fünf Jahre dauernde Arbeitsunfähigkeit durch schwere Krankheit.
5.	Portmann Bernhard	19. Mai 1876 Frankfurt a. M.	München, Erlangen, Berlin, Greifswald	1901 Erlangen	1901 Erlangen	Arzt in Kl.-Schwalbach.

	Zu- und Vorname	Zeit und Ort der Geburt	Besuchte Universitäten	Jahr u. Ort der Approbation	Jahr u. Ort der Promotion	Seitherige Tätigkeit
6.	Salvendi Hugo	20. Febr 1879 Bad Dürkheim	Strassburg, München, Berlin, Erlangen	1902 München	1902 München	Von Okt. 1902 bis Nov. 1902 Volontärassistent, von Nov. 1902 bis Okt. 1903 Assistent an der med. Universitätspoliklinik München, von Okt. 1903 bis Okt 1904 Assistent an der Universitätspoliklinik Erlangen, von Okt. 1904 bis Nov. 1905 Assistent an der Universitätskinderklinik, von Mai 1905 an gleichzeitig Volontär an der chir. orthopäd. Universitätspoliklinik Erlangen, Nov u. Dez. 1906 Volontär an der chir. Universitätskinderklinik München, Jan. bis Mai 1906 Volontär am Ambulator. für Orthopädie, München.
7.	Tecklenburg Ferdinand	21. Jan. 1874 Weissenfels i. Th.	Freiburg, Heidelberg	1902 Freiburg	1902 Freiburg	1. April 1902—3 Rochushospital Mainz; 1. April 1903—1906 Assistent bei Prof Fleiner, Heidelberg.
8.	Simrock Karl	15. Mai 1878 Frankfurt a. M.	Bonn, Berlin, Bonn	1906 24. März	1906 29. März	Nach dem Staatsexamen Innere Klinik von Herrn Geh Rat Prof Dr. F Schultze-Bonn, innere Abteilung d. Heilig-Geist-Hospitales Frankfurt a. M., Prof. Dr. Treupel.
	Stein Arthur	7. Juni 1877 Frankfurt a. M.	Heidelberg, München, Berlin, Strassburg	1901 Strassburg	1901 Strassburg	Vol.-Assistent an der Frauenklinik in Strassburg bis Sept 1901, dann bis Anfang 1903 Assist. bei Prof. Lubarsch (path. anat. Institut zu Posen), von da an Assistenzarzt an der Univers.-Frauenklinik zu Heidelberg (Geh. Rat v. Rosthorn).
10.	Burk Walther	11. Mai 1877 Ulm a. D.	München, Tübingen, Berlin	1901 Tübingen	1901 Tübingen	Volontärarzt am patholog Institut Tübingen, Assistent an der chirurg. Klinik Tübingen u. Assistent an der II. chirurg. Abteilung des Eppendorfer-Krankenhauses Hamburg.

	Zu- und Vorname	Zeit und Ort der Geburt	Besuchte Universitäten	Jahr u. Ort der Approbation	Jahr u. Ort der Promotion	Seitherige Tätigkeit
11.	Lüthje Hugo	31. Dez. 1870 Wedel (Holstein)	Kiel, Freiburg, München, Berlin	1897 Berlin	1895 Berlin	Assist. an der I. med. Klinik der Charité, Assist. an der Poliklinik Marburg, Oberarzt u. 1. Assist. an der Greifswalder med. Klinik, 1. Assist. an der Tübinger med. Klinik, Leiter der ambulanten Poliklinik zu Erlangen.
12.	Opificius Marie	1. Juni 1877 Frankfurt a. M.	Zürich, München, Berlin	1904 Freiburg i. Br.	1905 Freiburg i. Br.	Assist. an der inneren Klinik in Freiburg i. B. (Geheimrat Bäumler), Unterassist. an der geburtshilfl. Klinik in Basel (Prof. v. Herff), Privatassist. an der Hautabt. des städt. Krankenhauses, hier (Oberarzt Dr. Herxheimer).
13.	Loewe Otto	31. Okt. 1878 Frankfurt a. M.	Marburg, München, Berlin, Würzburg	1903 Würzburg	1903 Würzburg	Assistenzarzt in den Krankenhäusern zu Dresden-Heidenau, Alzey, Helmstedt-Braunschweig.
14.	Linck Ernst	29. März 1879 Bartenstein O.-Pr.	Königsberg, München	1905 Königsberg	1906 Königsberg	Städt. Krankenanstalt zu Königsberg, Poliklinik für Hals-, Nasen-, Ohrenkranke von Prof. Gerber (später Universitätspoliklinik) zu Königsberg, Klinik für Hals-, Nasen-, Ohren-, und Brustkranke von Dr. Vohsen, Frankfurt.
15.	Hirsch Otto	15. Juli 1876 Augsburg	München, Berlin	1901 München	1901 München	Assistenzarzt: Dr. Oestreichers Privatirrenanstalt in Niederschönhausen bei Berlin. Berliner Städt. Anstalt für Epileptische »Wuhlgarten«. Prof. Mendelsche Poliklinik. Berlin. Volksheilstätte für Nervenkranke »Haus Schönow« in Zehlendorf bei Berlin. (Prof. Lähr). 1906 Nervenarzt in Bonn.

B. Personalien der im Jahre 1906 neu eingetretenen ausserordentlichen Mitglieder.

	Vor- und Zuname	Zeit und Ort der Geburt	Besuchte Universitäten	Jahr u. Ort der Approbation	Jahr u. Ort der Promotion	Seitherige Tätigkeit
1.	Brenner Fritz	16. Dez. 1877 Osthofen	Strassburg, Freiburg, Heidelberg	1905 Heidelberg		An verschiedenen Kliniken in Heidelberg bis 1. Okt. 1905 dazwischen Vertretungen; seit 1. Okt. 1905 am Senckenbergischen pathol. Institut; seit 1. Januar 1906 als Volontär-Assistent.
2.	Graul Gaston	25. Dez. 1871 Paris	Würzburg, Heidelberg, Freiburg	1897 Würzburg	1897 Würzburg	1897—98 Assistent bei Prof. Witzel, Bonn. 1898—1902 an der med. Universitätsklinik u. Privatassistent des Herrn Prof. v. Leube, Würzburg. Seit 1903 Spezialarzt für Verdauungs- u. Stoffwechselkrankheiten und Leiter und Besitzer einer Privatklinik in Bad Neuenahr. Winter 1905—6 in Frankfurt a. M.
3.	Engel Hans	21. Dez. 1880 Mainz	Giessen, Berlin, Giessen	1904 Giessen	1905 Giessen	Spätsommer 1904 auf einer Vertretung, dann von Okt. 1904 bis März 1905 im Laboratorium der inneren Klinik zu Giessen beschäftigt, seit April 1905 im Bürgerhospital, Frankfurt a. M.
4.	Friedrich Otto	26. Febr. 1880	München, Breslau	1904 Breslau	1904 Breslau	Einj. freiwilliger Arzt in Kiel 1904. Unterarzt der Klinik in Altona 1904. Schiffsarzt der Hamburg-Amerika-Linie Jan. bis Okt. 1905; seither in Frankfurt a. M. am Senckenberg. path. Institut unter Direktor Dr. Albrecht arbeitend.
5.	Moritz Friedrich	10. Dez. 1861	Bonn, Würzburg, Berlin, München	1886 München	1885 München	Assistent bei v. Ziemssen von 1886—1892. 1890 habilitiert in München, 1892—1902 Leitung der med. Poliklinik in München, April 1902 bis April 1905 Leitung der medizin. Klinik in Greifswald, seit April 1905 Leitung der medizin. Klinik Giessen.

	Vor- und Zuname	Zeit und Ort der Geburt	Besuchte Universitäten	Jahr u. Ort der Approbation	Jahr u. Ort der Promotion	Seitherige Tätigkeit.
6.	Wolfskehl Henry	24. Dez. 1878 Frankfurt a. M.	Heidelberg, Strassburg	1902 Heidelberg	1905 München	Im 10. Semester meines Studiums unterzog ich mich in Heidelberg der medizinischen Staatsprüfung und wurde im März 1902 approbiert. Ich verblieb dann bis zum Herbst 1903 in Heidelberg u. arbeitete während dieser Zeit am psychologischen Laboratorium der psychiatrischen Klinik. Hierauf siedelte ich nach München über u. erlangte am 16. Mai 1905 die medizinische Doktorwürde. Alsdann trat ich als Schiffsarzt der »Deutschen Ost-Ofrika-Linie« eine mehrmonatliche Reise nach Ostafrika u. Indien an und kehrte Ende Januar d. J. nach Hamburg zurück.
7.	Sichel Max	19. März 1879 Gemünden a. M.	Würzburg, Berlin	1904 Würzburg	1904 Würzburg	Gr. Lichterfelde: Sanatorium f. Nervenkranke (Dr. Goldstein Dr. Lilienfeld). Dr. Oestreichers Privat-Irrenanstalt Niederschönhausenb./Berlin, Garnisons-Lazarett Würzburg, Städt. Irrenanstalt, Frankfurt a. M.
8.	Roth Lorenz, Jul.	5. Dez. 1872 Wiesbaden	Tübingen, München, Kiel, Berlin, Greifswald	1896 Berlin	1897 Leipzig	Als Vertreter nach der Approbation, als Volontär-Assistent und Stellvertreter des Assistenten bei † San. Rat Cramer, Wiesbaden. Assistent der chirurg. Abteilung des Städt. Krankenhauses Frankfurt a. M (Prof. Rehn) vorher Schiffsarzt des Norddeutschen Lloyd, dann 1899 Knappschaftsarzt in Münster Oberlahnstein pp., prakt. Arzt u. Spezialarzt für Chirurgie und Frauenkrankheiten in Usingen
9.	Ambrosius Walther	27. Mai 1867	Marburg, München, Berlin, Kiel	1890 Marburg	1890 Marburg	1 Jahr Volontär bei Marchand-Marburg (April 1890 bis April 1891); von April 1891 bis 1. Jan. 1894 1. Assistent am Landkrankenhause Hanau; 2. Jan. 1894 bis 15. März 1894 Volontär an der städt. Entbindungsanstalt San. Rat Dr. Vömel Frankfurt a. M.) ab 15. März 1894 Arzt in Hanau.
10.	Prorok Arthur	15. Juli 1878 Bromberg	Erlangen, Bonn, Würzburg	17. Nov. 1904	25. Nov. 1904	Assistenzarzt am Friedrich-Wilhelm Stift in Bonn a. Rh. unter Herrn Prof. Finkler und Prof. Wendelstadt; seit 1. Januar 1905 prakt. Arzt in Soden a. T.

	Vor- und Zuname	Zeit und Ort der Geburt	Besuchte Universitäten	Jahr u. Ort der Approbation	Jahr u. Ort der Promotion	Seitherige Tätigkeit
11.	Pfeiffer Karl Theod.	26. April 1877 Adelberg in Württbg.	Tübingen, Kiel, Berlin	1901 Tübingen	1901 Tübingen	1. Okt. 1901 bis 1. Okt. 1903 Assistentarzt Stadt. Krankenhaus Cannstatt-Stuttgart. 1. Okt 1903 bis 1 April 1904 Assistenzarzt an der Universit.-Frauenklinik Tübingen. 1. April 1904 bis 1 April 1906 Assistenzarzt der chirurg. Universitätsklinik Tübingen; seit 1. April 1906 Hilfsarzt der chirurg. Abteilung des Städt. Krankenhauses, hier.
12.	Zuschlag Gustav	6. März 1868 Kassel	Marburg, Freiburg, Berlin, München	1892 Marburg	1892 Leipzig	Dir. Arzt der inneren Abteilung und Direktor des Landkrankenhauses Hanau.
13.	Gärtner Rudolf	21. Mai 1879 Höchst a. M.	Würzburg, München, Genf, Kiel	1902 Würzburg	1902 Würzburg	Volontär u. Assistent an der Univers.-Ohrenklinik Heidelberg (Prof. Kümmel) und Volontär an den Univ.-Nasen- u. Halskliniken Heidelberg u. Basel (Prof. Siebenmann). Ab Juli v. J. als Vertreter von San.-Rat Dr. Kilian, Worms; Dr. Vobis, Barmen, Dr. Blau, Gorlitz, Dr. Felleng, Neuwied, Dr. Höxter, Chemnitz. Dann noch 3 Monate wissenschaftlich im Laboratorium der Ohrenklinik Heidelberg tätig gewesen.
14.	Jacobsthal Erwin	30. Mai 1879 Strassburg i. E.	Strassburg i. E.	1902 Strassburg	1902 Strassburg	April 1902 bis Okt. 1903 Assistent am Institut f. Hygiene und Bakteriologie in Strassburg; Okt 1903 bis April 1905 Assistent am stadt. Krankenhaus in Wiesbaden; April 1905 bis April 1906 auf Reisen, ½ Jahr davon als Schiffsarzt, von da ab am Senckenbergischen path. Institut dahier.
15.	Hommerich Karl	18. Mai 1879 Selters Unterwesterwaldkreis	Marburg, München	1903 Marburg	1903 Marburg	Bis 1. April 1906 Assistent an der psychiatrischen Klinik und Landesheilanstalt Marburg, seitdem Volontärarzt am Dr. Senckenbergischen path.-anat. Institut. Frankfurt a. M.

	Vor- und Zuname	Zeit und Ort der Geburt	Besuchte Universitäten	Jahr u. Ort der Approbation	Jahr u. Ort der Promotion	Seitherige Tätigkeit
16.	Schütz Robert	13. Juli 1868 Neckargemünd bei Heidelberg	Tübingen, Heidelberg, Berlin	1893 Heidelberg	1894 Heidelberg	Bis 1895 Assistent an verschiedenen Kliniken. Seitdem Arzt für innerlich Kranke u. Leiter (Inhaber) eines von ihm begründeten Sanatoriums für innerliche, spez. Verdauungs- u. Stoffwechselkranke u. Nervöse, in Wiesbaden.
17.	Heinrich Georg	22. Sept. 1879 Fulda	Lausanne (Schweiz) Greifswald	1903 Greifswald	1903 Greifswald	Assistenzarzt, später Hausarzt im Elisab.-Krankenhaus in Kassel; 2. prakt. Arzt in Neustadt (M. W. B.)
18.	Bingel Adolf	19. Febr 1879 Koblenz a. Rh.	Tübingen, Leipzig, München, Berlin, Kiel, Tübingen	1902 Tübingen	1902 Tübingen	Nov. 1902 bis Juli 1903 Schiffsarzt der H mburg-Amerikalinie; Juli 1903 bis März 1904 Vol.-Assistent am path. Institut zu Leipzig; März 1904 bis 1 Okt. 1904 Assistenzarzt an der mediz. Poliklinik zu Marburg; 1. Okt. 1904 bis 1. Okt. 1906 Assistenzarzt an der medizin. Klinik zu Tübingen
19.	Schenk Eduard	21. Febr. 1878 Ettlingen in Baden	Jena, München, Freiburg i. B.	1901 Freiburg i. B.	1902 Freiburg i. B.	Schiffsarzt des Norddeutschen Lloyd; vorübergehend prakt. Arzt in Ettlingen; Assistent der Universitätsklinik Freiburg i. B., Hausarzt am deutschen Hospital in London.
20.	Schwerin Heinr., Paul	8. Mai 1863 Sommerfeld i. d. N. L.	Strassburg, Berlin	1889 Berlin	1889 Beriln	Wintersemester 88/89 stellvertretender Assistent an der Univers.-Frauenklinik in Giessen, dann Vertretungen und Schiffsarzt, Jan. 1890 bis 15. Okt 1892 Assistenzarzt im Krankenhaus Friedrichsheim in Berlin, seit 23. Okt. 1892 Fabrikarzt der Farbwerke, 1. Nov 1892 leit. Arzt des städt. Krankenhauses Hoechst.
21.	Schmiedicke Otto	28. März 1858 Ratibor	Berlin	1881 Berlin	1880 Berlin	Aktiver Sanitätsoffizier,
22.	Haas Friedrich	8. Dez. 1874 Frankfurt a. M.	Würzburg, München	1903 Würzburg		Einj.-Freiw.-Arzt in Würzburg, Unterarzt in Aschaffenburg, mehrfach auf Vertretungen, seit Dezember 1904 prakt. Arzt in Eschersheim.

Nekrologe.

Dr. Michael Loeb.

Am 8. Juli 1906 schied Michael Loeb aus dem Leben. Vier Jahre vorher war ihm seine Frau durch den Tod entrissen worden, eine Frau, mit der er durch eine immer gleiche, rührend zärtliche Liebe verbunden war. Sie selbst hat manchmal in ahnungsvoll trüben Stunden den Wunsch geäussert, sie möchte nicht von ihrem Gatten überlebt werden; wusste sie doch, dass er dann hilflos dastehen werde und unfähig, sich neuen Verhältnissen anzupassen. Und so kam es in der Tat. Nicht die treue aufopfernde Sorge seiner beiden Kinder, nicht sein Beruf, nicht sein stets frisches Interesse an Wissenschaft und Literatur war imstande, den Verfall des bis dahin gesunden, aussergewöhnlich kräftigen Mannes aufzuhalten. Das interessante, von dichtem weissem Haar und Bart umrahmte Gesicht verlor an Frische, man sah an dem schleppenden Gang, an der gebückten Haltung, dass er zum Greise geworden, dass er körperlich leidend war, und wer ihn näher kannte, der merkte, dass er sich einsam und müde fühlte, sowenig er solchen Empfindungen auch Ausdruck verlieh.

Schon Ende 1902 hatte er leichte stenokardische Anfälle, die jedoch auf Digitalis und nach völligem Aufgeben des vorher sehr reichlichen Nikotingenusses wieder schwanden. Aber nicht viel später traten neue Insuffizienzerscheinungen auf, die wieder zu Digitalisdarreichung nötigten. Im Mai 1906 stellten sich Darmstörungen ein; im Juni erschienen die ersten Zeichen von kleinen Lungeninfarkten, die unter Ausbildung eines Verdichtungsherds im linken Oberlappen am 8. Juli 1906 zum Tode führten.

Loebs Werdegang ist rasch geschildert. Er war am 14. Dezember 1842 zu Worms geboren, besuchte das Gymnasium seiner Vaterstadt und bezog dann die Landesuniversität Giessen. Fast seine ganze Studienzeit verbrachte er

— wie es damals Gesetz und Sitte war — an der kleinen hessischen Hochschule. Nur ein Semester am Ende der klinischen Jahre war er in Zürich. In Giessen promovierte er mit einer unter Eckhards Leitung verfassten Dissertation: „Ueber die Gefässe des Samenstrangs". Das Bedürfnis nach einer weiteren klinischen Ausbildung führte ihn noch nach Paris, Prag und Berlin, bevor er sich in seiner Vaterstadt als praktischer Arzt niederliess. Bis Ende 1881 war er in einer ausgedehnten Praxis in Worms tätig. Dann ging er noch einmal ans Studieren. Er besuchte in Berlin Kliniken und Kurse und liess sich 1882 in Frankfurt a. M., in der Heimat seiner Frau, woselbst er viele Beziehungen hatte, nieder.

Ohne jemals an die Oeffentlichkeit zu treten, hat dieser Mann, der wahrlich viel zu sagen wusste. ein stilles Gelehrtendasein geführt, hat, mit einem wundervollen Gedächtnis begabt, Wissensschätze aufgespeichert, die seine Freunde, die ältesten und die jüngsten, immer wieder verblüfften. — Seine Kranken hat er mit der peinlichsten Genauigkeit beobachtet; die systematische Untersuchung des ganzen Körpers und seiner Ausscheidungen war ihm in jedem Fall heiligtes Grundgesetz. Mit der strengen Induktion des Naturforschers ging er zu Werk beim Aufbau seiner Diagnosen, und selten nur wusste eine von den Autoritäten, die er gern und oft zuzog, seinen Befunden, seinen Schlüssen etwas hinzuzufügen. Als der ersten einer hat er im Jahre 1886 „Die Rheumatoiderkrankungen der Gonorrhoiker" beschrieben und gerade durch diese Arbeit wesentlich dazu beigetragen, die Anschauungen von der Bedeutung der gonorrhoischen Infektion zu wandeln. Nicht minder bemerkt wurde der im Jahre 1890 erschienene Aufsatz über „Tetanie bei Magenerweiterung." Alle seine zahlreichen Veröffentlichungen, deren — leider unvollständiges — Verzeichnis am Schluss erfolgen soll, sie alle haben etwas Interessantes zu sagen, haben oft ganz neue Gesichtspunkte erschlossen. — Aber nicht auf die Medizin allein waren seine stupenden Kenntnisse beschränkt. Tief ins Gebiet der Geschichte und der schönen Literatur senkte sich sein Interesse. Noch in den letzten Jahren hat er Quellenstudien zum Leben seines Lieblingsdichters Heine betrieben, noch im letzten Jahr einen auf ausserordentlich mühseligen Forschungen beruhenden Aufsatz über die angebliche Epilepsie des ersten Napoleon veröffentlicht, die damit endgültig ins Reich der Fabel verwiesen ist. —

Seit den achtziger Jahren war Loeb der Hauptreferent der „Deutschen Medizinalzeitung“ für das Gesamtgebiet der inneren Medizin. Und er hat die zahllosen Arbeiten und neuerschienenen Bücher — inländische und ausländische — nicht besprochen nach dem Rezept, das Schopenhauer in der Vorrede zu „Die Welt als Wille und Vorstellung“ gibt, er hat sie durchaus studiert mit heissem Bemühen. So kam es, dass er in seiner Wissenschaft, so wenig er sonst in seiner Lebensführung auf diesen Titel Anspruch machen wollte, ein Moderner war im besten Sinne des Wortes. Er war über alles, was zu Tage gefördert wurde, orientiert und richtete hier mit kritischem Blick und feinem Verständnis. Nicht nur rein theoretisch, auch in seiner Praxis wandte er alles an, was die mächtigen Zweige der Naturwissenschaft, Physik und Chemie, die er mit grossem Eifer pflegte, in der Neuzeit dem Mediner boten. Kein Reagens auf Zucker war ihm fein genug, kein physikalischer Apparat zu kompliziert oder zu teuer. Er war einer der ersten, der die Diagnose eines Mediastinaltumors durch Röntgenstrahlen sicherte und hat sich noch selbständig an den Bestrebungen beteiligt, die Blutdruckmessung mit dem Riva-Roccischen Apparat am Krankenbett zu verwerten. Auch den gewaltigen Fortschritten der Chirurgie und dem Aufblühen der kleineren Spezialgebiete war er mit lebhaftem Interesse gefolgt und wurde nicht müde, sich von den jüngsten Jüngern dieser Fächer belehren zu lassen. Und der Weg, der von der Zeit, da er Medizin studierte, bis zum modernen naturwissenschaftlichen Ausbau der Medizin führte, war weit und schwierig.

Man musste nur seine Schilderungen der damaligen Lehrmethoden hören, um mit Bewunderung für den erfüllt zu werden, der heute den verzweigtesten Problemen seines Fachs noch folgte. Geburtshilfe und Psychiatrie z. B. wurden in Giessen von demselben Lehrer vorgetragen (Ritgen). Die Psychiatrie wurde dabei so behandelt wie die Chirurgie zu Hallers Zeiten von den dazu bestellten Professoren, will sagen, Lehrer und Schüler sahen nie einen Geisteskranken. Dafür aber wurde im Staatsexamen eine Klausurarbeit über ein psychiatrisches Thema gemacht. — Loeb erzählte mit prachtvollem Humor, wie er seine Aufgabe: „de nostalgia“ löste.

Die Erlebnisse der Studienjahre, die Vorfälle der Praxis wusste er nach Jahrzehnten noch in frische Form zu kleiden, ja er verschmähte es nicht, eine tragikomische Szene aus

seinem Berufsleben in launige Verse zu bringen und im intimen Kreis vorzulegen. Selbst im höchsten Masse anregend, liebte er die Geselligkeit, war seinen Freunden in allen Lagen ein treuer Freund, gütig und mild in der Beurteilung alles menschlichen Geschehens. Sein ganzes Wesen war beherrscht von Einfachheit, von einer kindlichen Einfalt, wie sie nur ganz reinen Seelen eigen ist. Jede Pose, das kleinste Abbiegen von der Wahrheit war ihm fremd, und darum auch an andern unfassbar. Mit diesen höchsten menschlichen Eigenschaften trat er auch jedem Kranken gegenüber. Sie bildeten für ihn als Arzt seine Stärke und Schwäche zugleich. Er hatte nichts an sich, um die Massen zu faszinieren, hatte nichts in seiner Persönlichheit, das ihm, wie manchem anderen Grossen in unserem Beruf eine zauberhafte Wirkung sicherte. Aber die Kranken, die sich ihm anvertrauten, sie liebten ihn alle, fühlten sich sicher und geborgen bei ihm. Stellte er sich doch immer mit den Armen, den Kleinen, den Beladenen auf eine Linie, sprach ihre Sprache, teilte ihre Nöten. Und er tat das nicht aus einer Ueberlegung heraus, sondern weil er seiner innersten Natur nach nur so und nicht anders handeln konnte. So war es auch eine selbstverständliche Folge seines Wesens, dass er wie kaum ein anderer den schönen ärztlichen Leitsatz allezeit innehielt: pari diligentia sive dives sive pauper, und dass man von ihm am Ende seines arbeitsreichen Lebens sagen konnte, er ist unbewusst dem Gelübde treu geblieben, das im Eide des Hippokrates jeder Jünger Aeskulaps abgeben musste: Keusch und fromm will ich mein Leben und meine Kunst bewahren.

Des Mannes, der gleich edel war als Mensch, als Arzt, seiner wird von allen, die ihn kannten, stets in stiller Ehrfurcht und in Wehmut gedacht werden.

Verzeichnis der Arbeiten Michael Loebs:

1. Giessener Dissertation: Ueber die Gefässe des Samenstrangs.
2. 1868. Das Vorkommen des Geräusches des gesprungenen Topfes bei Brustkrankheiten. Deutsches Archiv für klinische Medizin, Bd. IV.
3. 1873. Loeb und Arnold: Adenom der Glandule pituitaria. Virchows Archiv, Bd. 57.
4. 1875. Casuistische Mitteilungen. Jahrbuch für Kinderheilkunde, Bd. 8.
5. 1876. Die Inkubation des Scharlach. Jahrbuch für Kinderheilkunde. Bd. 9.

6. 1878. Die Temperaturverhältnisse beim Croup. Jahrbuch für Kinderheilkunde, Bd. 12.
7. 1878. Die operative Behandlung eitriger Brustfellexsudate im Kindesalter. Ibidem.
8. 1879. Einige weitere Bemerkungen über die operative Behandlung des Empyems im Kindesalter. Jahrbuch für Kinderheilkunde, Bd. 13.
9. 1879. Ein nach 6 tägiger Krankheit tödlich verlaufender Fall von Diabetes mellitus. Entstehung durch eine Gallensteinkolik. Deutsches Archiv für klinische Medizin, Bd. 24.
10. 1884. Ein Erklärungsversuch der verschiedenen Temperaturverhältnisse bei der tuberkulösen Basilarmeningitis. Deutsch. Archiv für klin. Medizin, Bd. 34.
11. 1886. Die Rheumatoiderkrankung der Gonorrhoiker. Deutsches Archiv für klin. Medizin, Bd. 38.
12. 1886. Zur Lehre vom sogen. Tripperrheumatismus. Deutsche Medizinal-Zeitung 1886.
13. 1886. Durchbruch einer käsig entarteten Bronchialdrüse in den Bronchus; Steckenbleiben des Drüsensequesters in der Trachea. Tod durch Erstickung. Jahrbuch für Kinderheilkunde, Bd. 24.
14. 1889. Propeptonurie, ein häufiger Befund bei Masern. Zentralblatt für innere Medizin. 1889.
15. 1889. Tödlich verlaufende Puerperalerkrankungen, verursacht durch die Thränensackblenorrhoe einer Hebamme. Deutsche Medizinalzeitung 1889.
16. 1889. Achsendrehung des Dickdarms mit fehlendem Erbrechen. Ibidem.
17. 1889. Ueber einige seltenere Komplikationen des Scharlachs. Archiv für Kinderheilkunde, Bd 10.
18. 1890. Tetanie bei Magenerweiterung. D. Archiv. für klin. Med. 1890.
19. 1892. Glykosurie bei Gehirnapoplexie. Prager med. Wochenschrift. 1892.
20. 1896. Zerebrale Kinderlähmung als Komplikation der Influenza. Deutsche Medizinalzeitung 1896.
21. 1897. Ueber die diagnostische Bedeutung kleiner Zuckermengen im Harn. Der ärztliche Praktiker. Bd. X.
22. 1898. Beiträge zur Lehre vom Diabetes mellitus. Hypophysis cerebri und Diabetes mellitus. Zentralblatt für innere Medizin. 1898.
23. 1899. Ueber Endocarditis gonorrhoica. Deutsches Archiv für klin. Medizin. 1899.
24. 1899. Ueber Glykosurie und Albuminurie bei Gehirnapoplexieen. Deutsche Medizinalzeitung. 1899.
25. 1903. Die Frühdiagnose des Diabetes mellitus. Deutsche Medizinalzeitung. 1903.
26. 1905. Beiträge zur Lehre vom Diabetes mellitus. Die hereditäre Form des Diabetes. Zentralblatt für innere Medizin. 1905.
27. 1905. Der Wert der Nitropropioltabletten als Reagens auf Traubenzucker in der Praxis. Deutsche Medizinalzeitung. 1905.
28. 1905. Ein abnorm verlaufender Fall von Basedowscher Krankheit. Die ärztliche Praxis. 1905.

Julius Neuberger.

Jahresbericht des Aerzte-Verbandes für freie Arztwahl für das Jahr 1906.

Erstattet von Dr. Hainebach.

Der Vorstand bestand aus Herrn Eiermann als Vorsitzenden, ferner aus den Herren Hainebach, Hanau, Kutz, O. V. Müller, Scheven, Seckbach, M. Simon und Willemer.

Die Zahl der Mitglieder bei Beginn des Jahres betrug 228 (122 allgemeine, 106 Spezialärzte), ausgetreten sind im Laufe des Jahres 7, gestorben 2, eingetreten 16, sodass Ende des Jahres 235 Aerzte (125 allgemeine, 110 Spezialärzte) dem Verband angehörten.

Es fanden zwei ordentliche Generalversammlungen und 28 Vorstandssitzungen statt.

Die Verträge mit mehreren Krankenkassen wurden im Laufe des Jahres erneuert und mit dreien (dem Verein der deutschen Kaufleute in Berlin, dem Verein Gastevea in Hamburg, der Ortskrankenkasse in Neu-Isenburg) wurden überhaupt zum ersten Male Verträge geschlossen. Wie bei allen Krankenkassen, die auswärts ihren Sitz haben, so bildet auch bei diesen Verträgen die Bezahlung der Einzelleistung nach den Mindestsätzen der preuss. Geb.-Ord. die Grundlage. Ende des Jahres 1906 stand der Verband im Vertragsverhältnis mit 63 Krankenkassen und sonstigen Korporationen und mit 16 Sanitätsvereinen.

Die neuen Verträge mit den Sanitätsvereinen traten am 1. Januar in Kraft.

Das Freiwerden einer Bahnkassenarztstelle im Beginn des Jahres bot einen willkommenen Anlass, die Einführung der freien Arztwahl bei der Eisenbahnbetriebskrankenkasse, vorläufig nur in der freigewordenen Stelle, zu betreiben. Der anfängliche Widerstand der Kasse konnte erst nach Sperrung der Stelle durch den Leipziger Verband und durch Vermittelung der Aerztekammer und des Aerztekammerausschusses beim Eisenbahnministerium überwunden werden. Es kamen endlich Verhandlungen mit der Eisenbahndirektion zustande, und am 8. Oktober erhielten wir die Mitteilung, dass der Minister in die probeweise Einführung der freien Arztwahl bei der hiesigen Eisenbahnbetriebskrankenkasse für die Dauer von zwei Jahren einwilligte. In weiteren Verhandlungen wurde bestimmt, dass nur die Hilfsbediensteten, nicht aber deren Familien, von der freien Arztwahl ausge-

schlossen sein sollten. Die Honorarbedingungen blieben im ganzen die gleichen, wie sie schon vorher den festen Bahnkassenärzten bewilligt worden waren. Der Beginn des Vertrages wurde auf den 1. April 1907 festgesetzt. Der Vertrag wurde in der Generalversammlung im Dezember genehmigt.

Die ausserordentliche Zunahme der Geschäfte und der schriftlichen Arbeiten machten die Einrichtung eines eigenen Bureaus und die Anstellung eines ärztlichen Geschäftsführers unter Zustimmung der Generalversammlung notwendig. Das Bureau befindet sich Hansahaus, Stiftstrasse 9 – 17, Zimmer 38. Der ärztliche Geschäftsführer hat seine Bureaustunden von 12 bis 1/22 und von 5 bis 1/27 Uhr. Zum ärztlichen Geschäftsführer wurde Herr Hainebach gewählt, der dadurch aus dem Vorstand ausschied. Für ihn wurde Herr Gelhaar kooptiert.

Mit Zustimmung der vereinigten Krankenkassen wurde die bis zum vorigen Jahr bestehende mindestens vierteljährige Karrenzzeit für die neu eintretenden Aerzte in der Weise verkürzt oder nahezu aufgehoben, dass von jetzt an die Tätigkeit bei den Kassen mit dem der Aufnahme in den Verband folgenden Kalenderquartal beginnt.

Aerzteverband für das freiwillige Rettungswesen in Frankfurt a. M.

Rechenschaftsbericht des Vorstandes über das Jahr 1906.

vorgelegt in der ordentlichen Generalversammlung am 11. Februar 1907.

Die Zahl der Mitglieder des Verbandes hat sich im verflossenen Jahre von 156 auf 161 erhöht.

5 Herren, nämlich die Herren DDr. Lilienfeld, Löffler, Salwendi, Simrock und Löwe sind neu eingetreten. Der Vorstand bestand aus den Herren San.-Rat Emanuel Cohn, erster Vorsitzender, DDr. E. Siegel, stellvertretender Vorsitzender, Berlizheimer, erster Schriftführer, Lapp, zweiter Schriftführer, Gelhaar, Kassier und ferner aus den Herren DDr. Rödiger, Ettlinger, Eiermann, Hainebach, Haus und Sopp.

Zur Erledigung der laufenden Geschäfte wurde eine Vorstandssitzung und eine gemeinsame Sitzung des Vorstandes mit den wachdiensttuenden Aerzten abgehalten.

Am Wachdienst auf der Rettungswache des Samariter-Vereins nahmen 23 Kollegen teil, der Dienst auf der Wache der freiwilligen Rettungsgesellschaft in der Münzgasse wurde von 20 Herren versehen. Für den Sanitätsdienst der Bockenheimer Wache stellten sich 8 Herren zur Verfügung. Für fliegende Wachen stellten wir bei beiden Rettungsgesellschaften je 2—3 Aerzte bei verschiedenen Gelegenheiten (Neujahrsnacht, Reiterfest, Wäldchestag, Regatta, Eröffnungsfeierlichkeiten der neuen Pflanzenhäuser im Palmengarten etc.)

Die Zahl der Hilfeleistungen auf beiden Wachen im Jahre 1906 betrug 8911.

San.-Rat Dr. Emanuel Cohn, Vorsitzender

Dr. Berlizheimer, Schriftführer.

Dritter Teil.

Jahresbericht über die Verwaltung des Medizinalwesens, die Krankenanstalten und die öffentlichen Gesundheitsverhältnisse der Stadt Frankfurt a. M.

Bevölkerungsstatistik für Frankfurt a. M. im Jahre 1906.

Von Dr. A. Koenig.*)

I. Uebersicht des Standes und der Bewegung der Bevölkerung der Stadt Frankfurt a. M. im Jahre 1906.

Die Bevölkerungsziffer ist vom Beginn des Berichtsjahres von rund 337 000 auf rund 348 000 gestiegen; als mittlere Bevölkerungszahl für den 1. Oktober 1906 ist 343 000 anzunehmen. Es ergibt sich demnach eine Zunahme von 10 000 Köpfen, d. h. etwa die gleiche wie in den Vorjahren.

Betreffs der Bevölkerungsbewegung wurden von den 5 Standesämtern für das Kalenderjahr 1906 registriert 3820 Eheschliessungen d. h. 11,23 Prom. der Bevölkerung (gegen 11 Prom. in 1905.) 1069 Geburten (darunter 314 Totgeburten), d. h. 29,62 Prom. (gegen 28,60 Prom. in 1905.)

Die Zahl der Sterbefälle betrug ohne Totgeburten 5009 oder 14,72 Prom. gegenüber 5286 oder 16,01 Prom. im Vorjahre. Die absolute Zahl der Geburten war 1906 höher als in allen vorhergehenden Jahren, die der Sterbefälle niedriger als in den Jahren 1903—1905; daraus ergibt sich ein bisher noch nicht erreichter Geburtenüberschuss von 4746. Derselbe macht 47 Proz. der gesamten Bevölkerungszunahme aus. Die Wanderbewegung umfasste im Berichtsjahre 72 472 anziehende und 64 715 abziehende Personen (gegen 73 866 bezw. 66 345 in 1905.)

*) Nach den tabellarischen Uebersichten betr. den Zivilstand der Stadt Frankfurt a. M. herausgeg. vom städt. statist. Amte in Gemeinschaft mit dem Stadtarzt Sanitätsrat Dr. A. Koenig.

Eheschliessungen, Geburten und Todesfälle 1887—1906

Jahr.	Gesamtbevölkerung im Jahresmittel	Eheschliessungen		Geburten		Todesfälle	
		Zahl	auf 1000 Lebende	inkl. Totgebor.	auf 1000 Lebende	exkl. Totgebor.	auf 1000 Lebende.
1887	159 000	1609	10,1	4432	27,9	3134	19,7
1888	164 000	1604	9,8	4620	28,2	3053	18,6
1889	171 000	1796	10,5	4814	28,2	3397	19,9
1890	177 700	1868	10,5	4741	26,7	3305	18,6
1891	182 500	1874	10,3	5294	29,0	3367	18,4
1892	188 000	1903	10,1	5327	28,3	3732	19,9
1893	195 000	1975	10,1	5425	27,8	3570	18,3
1894	201 000	2040	10,2	5644	28,1	3270	16,3
1895	226 000[1])	2402	10,6	6493	28,7	3912	17,3
1896	233 000	2584	11,1	7023	30,1	3623	15,6
1897	240 500	2812	11,7	7381	30,7	3991	16,6
1898	247 800	2889	11,7	7691	31,0	3852	15,6
1899	255 800	2911	11,4	7654	30,0	4205	16,6
1900	264 000	2968	11,2	7727	29,3	4361	16,5
1901	294 000[2])	3130	10,7	8758	29,8	4588	15,6
1902	300 000	3235	10,7	8821	29,2	4434	14,7
1903	310 000	3392	10,9	8873	28,3	5188	16,7
1904	320 000	3543	11,1	9435	29,5	5025	15,7
1905	330 000	3631	11,0	9439	28,6	5286	16,02
1906	343 000	3820	11,23	10069	29,62	5009	16,01
20jähriger Durchschnitt ‰			9,4		28,0		18,5

Die Steigerung der absoluten Zahlen der Eheschliessungen, Geburten und der Todesfälle entspricht dem Bevölkerungswachstum.

Der im Vorjahre beobachtete starke Rückgang der relativen Geburtsziffer ist jetzt wieder ausgeglichen, wenngleich sie immer noch vom Maximum erheblich entfernt bleibt. Einen Vergleich mit früheren Jahren ergibt die folgende Tabelle:

[1]) Einschliesslich der im Jahre 1895 eingemeindeten Stadt Bockenheim.

[2]) Einschliesslich der im Jahre 1900 eingemeindeten Vororte: Niederrad, Oberrad und Seckbach.

	Ehe-schliessungen	Prom. der Bev.	Geburten (einschl. Totgeborene)	Prom. der Bev.	Sterbefälle ausschl. Totgeborene	Prom. der Bev.	Ueberschuss der Lebendgeborenen über die Sterbefälle	Proz. der Lebendgeburten
1896	2584	11,09	7023 (234)	30,14	3623	15,55	3166	46,63
1897	2812	11,69	7381 (252)	30,69	3991	16,59	3138	44,20
1898	2889	11,68	7691 (255)	31,08	3852	15,57	3584	48,20
1899	2911	11,47	7651 (243)	30,15	4205	16,56	3206	43,26
1900	3182	11,20	8607 (238)	30,31	4793	16,88	3576	42,73
1901	3130	10,65	8758 (261)	29,79	4588	15,61	3909	46,[illegible]
1902	3235	10,78	8821 (269)	29,10	4434	14,78	4118	48,14
1903	3392	11,01	8873 (310)	28,80	5188	16,84	3375	39,41
1904	3543	11,21	9435 (289)	29,66	5025	15,90	4121	45,06
1905	3631	11,00	9439 (305)	28,60	5286	16,03	3848	42,13
1906	3820	11,23	10069 (314)	29,62	5009	14,72	4746	48,65

Einen Vergleich der Geburten des Jahres 1906 mit den Geburten der vorhergegangenen 20 Jahre ergibt die folgende Uebersicht:

Geburten in den Jahren 1887—1906.

Jahr	Zahl	Männl.	weibl.	Lebendgeborene	Totgeb.	Ehelich	Unehelich
1887	4432	2257	2175	4263	169	3943	489
1888	4620	2377	2243	4481	139	4136	484
1889	4814	2475	2339	4665	149	4272	540
1890	4741	2357	2384	4603	138	4213	528
1891	5294	2666	2628	5162	132	4703	591
1892	5327	2734	2593	5180	147	4673	654
1893	5425	2708	2717	5266	159	4750	675
1894	5644	2832	2812	5486	158	4918	726
1895	6493	3328	3165	6307	186	5712	781
1896	7023	3583	3440	6789	234	6183	840
1897	7381	3762	3619	7129	252	6435	946
1898	7691	3979	3712	7436	155	6796	895
1899	7654	3958	3696	7411	243	6691	963
1900	7727	3998	3729	7513	214	6764	963
1901	8758	4541	4217	8497	261	7706	1052
1902	8821	4549	4272	8552	269	7696	1125
1903	8873	4596	4277	8563	310	7758	1115
1904	9435	4867	4568	9146	289	8187	1248
1905	9439	4846	4593	9134	305	8103	1336
1906	10069	5178	4891	9755	314	8705	1364
50 jähriger Durchschnitt ‰	1000	511,0	489,0	965,6	3,44	873,0	127,0

Von den 8705 ehelichen Kindern wurden 8456 lebend und 249 tot geboren d. h. 2,9 Proz.; von den 1364 unehelichen Kindern wurden 1299 lebend und 65 tot geboren d. h. 4,7 Proz. Die Zahl der unehelichen Totgeburten hat demnach etwas abgenommen, während sie bei den ehelichen gegen das Vorjahr nicht geändert ist.

Eine Uebersicht über die Beteiligung der einzelnen Stadtteile (vergl. dazu Planskizze S. 202) an den ehelichen und unehelichen Geburten gibt folgende Tabelle.

Lebend- und Totgeburten

nach Geschlecht und Legitimität in

Stadtteile	Jahresbevölkerung 1905	Eheliche									Un-		
		Lebendgeborene			Totgeborene			Zusammen			Lebendgeborene		
		m.	w.	zus.	m	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.
Altstadt	23 300	295	239	**534**	16	2	**18**	311	241	**552**	73	73	**146**
Westliche Neustadt . .	97 000	57	61	**118**	—	—	—	57	61	**118**	16	18	**34**
Nördliche „ . .	7 400	72	60	**132**	1	1	**2**	73	61	**134**	17	14	**31**
Oestliche „ . .	14 100	152	133	**285**	8	5	**13**	160	138	**298**	52	49	**101**
Südwestl. Aussenstadt .	44 600	626	601	**1227**	24	17	**41**	650	618	**1268**	94	109	**203**
Westliche „ .	10 000	65	60	**125**	1	2	**3**	66	62	**128**	7	3	**10**
Nordwestl. „ .	15 800	92	85	**177**	4	2	**6**	96	87	**183**	5	10	**15**
Nördliche „ .	32 200	328	293	**621**	11	9	**20**	339	302	**641**	43	66	**109**
Nordöstliche „ .	45 600	584	582	**1166**	21	18	**39**	605	600	**1205**	98	124	**222**
Oestliche „ .	19 800	238	218	**456**	6	6	**12**	244	224	**468**	17	35	**52**
Bornheim	17 600	324	312	**636**	7	10	**17**	331	322	**653**	36	26	**62**
Inneres Sachsenhausen	11 800	193	159	**352**	3	1	**7**	196	163	**359**	27	25	**52**
Aeusseres „	32 400	405	343	**748**	10	8	**18**	415	351	**766**	31	24	**55**
Bockenheim	34 000	546	516	**1062**	15	10	**25**	561	526	**1087**	39	54	**93**
Niederrad	9 800	197	198	**395**	5	6	**11**	202	204	**406**	24	29	**53**
Oberrad	8 800	157	158	**315**	4	3	**7**	161	161	**322**	15	10	**25**
Seckbach	3 100	43	31	**74**	—	1	**1**	43	32	**75**	3	2	**5**
Zusammen . .	340 000	4374	4049	**8423**	136	104	**240**	4510	4153	**8663**	597	671	**1268**
Eltern auswärts wohn.		14	19	**33**	3	6	**9**	17	25	**42**	19	12	**31**
Ohne Wohnungsangabe		—	—	—	—	—	—	—	—	—	.	—	—
Ueberhaupt . .		4388	4068	**8456**	139	110	**249**	4527	4178	**8705**	616	683	**1299**
Davon in Anstalten . .		270	252	**522**	21	21	**42**	291	278	**564**	335	384	**719**

des Jahres 1906

der Ausscheidung nach Stadtteilen.

eheliche						Lebendgeborene			Tot geborene			Gesamtzahl			Fälle mit unbekannt. Wohnung der Eltern, bezw. nach auswärts gehörig	Zahl der Geburten ohne Rücksicht auf die Wohnung
Totgeborene			Zusammen													
m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.		
3	4	**7**	76	77	**153**	368	312	**680**	19	6	**25**	387	318	**705**	1	**570**
1	2	**3**	17	20	**37**	73	79	**152**	1	2	**3**	74	81	**155**	—	**116**
—	—	—	17	14	**31**	89	74	**163**	1	1	**2**	90	75	**165**	2	**137**
5	1	**6**	57	50	**107**	204	182	**386**	13	6	**19**	217	188	**405**	37	**890**
5	5	**10**	99	114	**213**	720	710	**1430**	29	22	**51**	749	732	**1481**	5	**1314**
1	—	**1**	8	3	**11**	72	63	**135**	2	2	**4**	74	65	**139**	-	**129**
1	2	**3**	6	12	**18**	97	95	**192**	5	4	**9**	102	99	**201**	16	**356**
—	1	**1**	43	67	**110**	371	359	**730**	11	10	**21**	382	369	**751**	3	**678**
8	2	**10**	106	126	**232**	682	706	**1388**	29	20	**49**	711	726	**1437**	3	**1348**
1	—	**1**	18	35	**53**	255	253	**508**	7	6	**13**	262	259	**521**	4	**743**
1	3	**4**	37	29	**66**	360	338	**698**	8	13	**21**	368	351	**719**	—	**654**
2	2	**4**	29	27	**56**	220	184	**404**	5	6	**11**	225	190	**415**	—	**362**
1	2	**3**	32	26	**58**	436	367	**803**	11	10	**21**	447	377	**824**	7	**782**
3	—	**3**	42	54	**96**	585	570	**1155**	18	10	**28**	603	580	**1183**	—	**1121**
—	4	**4**	24	33	**57**	221	227	**448**	5	10	**15**	226	237	**463**	—	**452**
—	—	—	15	10	**25**	172	168	**340**	4	3	**7**	176	171	**347**	—	**344**
—	—	—	3	2	**5**	46	33	**79**	—	1	**1**	46	34	**80**	—	**79**
32	28	**60**	629	699	**1328**	4971	4720	**9691**	168	132	**300**	5139	4852	**9991**	78	**10069**
1	1	**2**	20	13	**33**	33	31	**64**	4	7	**11**	37	38	**75**	—	—
2	1	**3**	2	1	**3**	—	—	—	2	1	**3**	2	1	**3**	2	—
35	30	**65**	651	713	**1364**	5004	4751	**9755**	174	140	**314**	5178	4891	**10069**	80	—
17	12	**29**	352	396	**748**	605	636	**1241**	38	33	**71**	643	669	**1312**	75	—

Eine Ausscheidung aller Geburten nach Geschlecht und Legitimität in den einzelnen Monaten ist in der folgenden Tabelle vorgenommen.

Lebend- und Totgeborene nach Geschlecht und Legitimität für die einzelnen Monate des Jahres 1906.

Monate	Eheliche Lebendgeborene		Eheliche Totgeb.		Eheliche Zusammen		Uneheliche Lebendgebor		Uneheliche Totgeb.		Uneheliche Zusammen		Lebendgeborene		Totgeb.		Gesamtzahl		
	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	Zus.
Januar	358	352	5	8	363	360	54	56	6	7	60	63	412	408	11	15	423	423	846
Februar	356	332	11	7	367	339	41	47	6	3	47	50	397	379	17	10	414	389	803
März	351	347	15	9	366	356	62	65	1	2	63	67	413	412	16	11	429	423	852
April	339	344	11	6	350	350	51	58	5	4	56	62	390	402	16	10	406	412	818
Mai	417	368	22	14	439	382	52	63	1	—	53	63	469	431	23	14	492	445	937
Juni	364	331	10	11	374	342	46	55	4	4	50	59	410	386	14	15	424	401	825
Juli	410	330	10	11	420	341	50	59	2	1	52	60	460	389	12	12	472	401	873
August	389	345	12	8	401	353	45	45	1	1	46	46	434	390	13	9	447	399	846
September	387	348	8	11	395	359	61	57	4	2	65	59	448	405	12	13	460	418	878
Oktober	359	324	5	5	364	329	51	59	—	1	51	60	410	383	5	6	415	389	804
November	323	315	12	8	335	323	48	56	4	3	52	59	371	371	16	11	387	382	769
Dezember	335	332	18	12	353	314	55	63	1	2	56	65	390	395	19	14	409	409	818
Zusammen:	4388	4068	139	110	4527	4178	616	683	35	30	651	713	5004	4751	174	140	5178	4891	10069
	8456		249		8705		1299		65		1364		9755		314				

Bemerkungen: Die Anerkennung der Vaterschaft unehelicher Kinder fand statt in 99 Fällen (bei 42 Knaben und 57 Mädchen).

Zwillingspaare wurden 113 geboren (39 nur Knaben, 39 nur Mädchen und 35 Knaben und Mädchen), zusammen 113 Knaben und 113 Mädchen, ausserdem 1 Drillingsgeburt (1 Knabe und 2 Mädchen). **Nach des Vaters Tode** wurden 16 Kinder geboren (8 Knaben und 8 Mädchen).

Umriss der Bezirkseintheilung von Frankfurt a.-Main

Tabellarische Uebersicht der im Jahre 1906 in Frankfurt vorgekommenen Todesfälle.

Die folgenden Tabellen bringen die Uebersichten der im Jahre 1906 in Frankfurt vorgekommenen Todesfälle (ausschliesslich der Totgeburten) und zwar:

1. Sterbefälle nach Todesursachen und Geschlecht unter Anwendung des preussischen systemat. Verzeichnisses. (Erl. v. 22. April 1904),
2. nach den Todesursachen, Geschlecht und dem erreichten Lebensalter,
3. nach den Todesursachen und den Monaten, in welchen die Todesfälle stattfanden,
4. nach den Todesursachen und den Stadtteilen, in welchen die Erkrankungen erfolgten,
5. Todesfälle der Kinder unter 15 Jahren nach Alter und Legitimität,
6. der Todesfälle im ersten Lebensjahre in den einzelnen Monaten nach den Todesursachen und Geschlecht,
7. Sterblichkeit der Kinder von unter 1 Jahr nach Todesursachen, erreichtem Lebensalter und Legitimität,
8. aller Todesfälle in den einzelnen Monaten nach Altersgruppen und Zivilstand.

Tabelle 1.

Ausscheidung der Sterbefälle im Jahre 1906 nach Todesursachen und Geschlecht

unter Anwendung des vom preussischen Kultusministerium herausgegebenen systematischen Verzeichnisses (eingeführt durch Ministerialerlass vom 22. April 1904.)

Ordn.-Nr.	Todesursachen	Zahl der Verstorbenen		
		m.	w.	zus.
	I. Infektionskrankheiten.			
1a)	Masern, Morbilli	16	9	**25**
2a)	Scharlach, Scarlatina	9	4	**13**
6	Rose, Erysipelas; Wander-, Blatter-, Haut-, Kopfrose; Rotlauf	3	3	**6**
7a)	Diphtherie, (Rachen, Nase, Augen, Krupp etc.	13	12	**25**
d)	Diphtherische Lähmungen	1	—	**1**
8	Keuchhusten, Stickhusten, Tussis convulsiva Pertussis	29	33	**62**
9	Grippe, Influenza	2	6	**8**

Noch Tab. 1.

Ordn.-Nr.	Todesursachen	Zahl der Verstorbenen m.	w.	zus.
10	Blutvergiftung, Wundfieber, Eitervergiftung, Eiterfieber	9	11	**20**
11	Kindbettfieber, Febris puerperalis, Wochenbettfieber etc.	—	11	**11**
12a)	Tetanus, Wundstarrkrampf, Tetanus und Trismus traumaticus etc.	1	2	**3**
13a)	Typhus, typhöses Fieber, gastrisches Fieber	7	5	**12**
17b)	Cholera nostras, einheimischer Brechdurchfall	1	1	**2**
20	Uebertragbare Genickstarre	1	—	**1**
22	Akuter Gelenkrheumatismus, Rheumatismus articulorum etc.	1	1	**2**
23Ac)	Gehirnsyphilis, syphilit. Exostosen	1	—	**1**
Ad)	Kongenitale Syphilis (Hereditäre)	14	8	**22**
25a)	Lungenschwindsucht, Schwindsucht; Tuberkulose, hektisches Fieber, galopp. Schwindsucht	398	290	**688**
b)	Halsschwindsucht, Kehlkopfschwindsucht	1	—	**1**
c)	Miliartuberkulose	16	14	**30**
d)	Skrofeln	1	—	**1**
f)	Knochen-, Gelenktuberkulose, tuberkulöser Abszess, kalter Abszess, Tumor alb.	8	5	**13**
g)	Tuberkulöse Hirnhautentzündung, Meningitis tuberculosa etc.	36	30	**66**
i)	Unterleibsschwindsucht, Darmschwindsucht, tuberkulöse Bauchfellentzündung	10	5	**15**
k)	Nierentuberkulose; Nephrophthisis	1	—	**1**
o)	Allgemeine Tuberkulose	6	3	**9**
	II. Vergiftungen.			
34a)	Organische Gifte	1	3	**4**
b)	Anorganische Gifte	5	3	**8**
b*a*)	Akute Vergiftungen: (Säuren)	—	1	**1**
c)	Vergiftung ohne nähere Angabe	—	1	**1**
35	Giftige Gase	1	—	**1**
36c)	Alkoholvergiftung, Delirium tremens, Säuferwahnsinn	2	1	**3**
	III. Aeussere Einwirkungen.			
37a)	Quetschungen und Zerreissungen	8	2	**10**
b*a*)	Knochenbruch des Schädels	19	6	**25**
b*c*)	„ der Wirbelsäule	3	—	**3**
37b*d*)	„ der Rippen	3	—	**3**

Ordn.-Nr.	Todesursachen	Zahl der Verstorbenen		
		m.	w.	zus.
37b *f*)	Knochenbruch der ob. Gliedmassen	3	—	**3**
b *g*)	„ der unt. Gliedmassen	3	1	**4**
d *a*)	Verrenkungen an den oberen Gliedmassen	3	—	**3**
e *a*)	Wunden durch Hieb, Stich, Schnitt	7	—	**7**
e *b*)	„ „ Schuss	31	4	**35**
f)	„ „ Verbrennung u. Verbrühung, Brandwunden	4	7	**11**
h)	Gehirnerschütterung	1	—	**1**
i)	Hitzschlag, Sonnenstich (Insolation)	1	—	**1**
l)	Elektrischer Strom	1	—	**1**
m)	Ertrinken	39	7	**46**
n)	Erhängen	32	3	**35**
o)	Ersticken	4	4	**8**
r)	Verletzung ohne nähere Angabe der Art und des Sitzes	1	—	**1**
r *b*)	Verletzung durch Ueberfahren	2	1	**3**
r *d*)	„ „ Sturz, Fall, Schlag, Wurf, Stoss	3	1	**4**
	IV. Störungen der Entwickelung und Ernährung.			
38	Angeborene Lebensschwäche	139	133	**272**
39	Bildungsfehler, Missgeburt	1	2	**3**
40	Zahnen	1	—	**1**
41	Englische Krankheit, weicher Hinterkopf	8	7	**15**
42	Knochenerweichung, Osteomalacia	—	1	**1**
43	Abzehrung der Kinder, Atrophia infantum	80	68	**148**
44a)	Erschöpfung, Entkräftung, Inanitio	2	2	**4**
45	Altersschwäche, Marasmus senilis	51	106	**157**
46	Brand, Gangraena	—	2	**2**
d)	„ der Alten, Gangraena senilis, arteriosklerotischer Brand	1	—	**1**
47a)	Myxoedem	—	1	**1**
49	Zuckerkrankheit, Zuckerruhr, Harnruhr, diabetischer Brand	46	35	**81**
50	Zuckerlose Harnruhr, Diabetes insipidus	1	—	**1**
51	Gicht, Arthritis urica	2	—	**2**
52	Bronzekrankheit, Addisonsche Krankheit	—	1	**1**
56 Aa)	Krebs, Karcinom (Cancroid)	1	5	**6**
Aa*a*)	Bösartige Neubildungen der äusseren Bedeckungen	—	3	**3**

Noch Tab. 1.

Ordn.-Nr.	Todesursachen	Zahl der Verstorbenen m.	w.	zus.
56 Aab)	Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane (Magen, Speiseröhre etc.	108	104	**212**
Aac)	Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane (Lunge, Kehlkopf etc)	6	4	**10**
Aad)	Bösartige Neubildungen des Harnapparates (Niere, Blase etc.)	8	3	**11**
Aae)	Bösartige Neubildungen der Geschlechtsorgane	2	60	**62**
Aaf)	Sonstige Karcinome, allgemeine Karcinose	6	12	**18**
Aab)	Sarkom	2	8	**10**
Ac)	Andere bösartige Neubildungen (Melanom, Endtheliom etc.)	4	3	**7**
Ba)	Gutartige Neubildungen (Fibrom, Lipom, Angiom, Myxom etc.)	—	4	**4**
Bc)	Kropf, Struma	—	1	**1**
C	Geschwülste, Tumoren ohne nähere Angabe	7	6	**13**
	V. Krankheiten der Organe.			
	A. Krankheiten der Haut und des Zellgewebes.			
57a)	Ekzem, nässende Flechte	2	—	**2**
e)	Pemphigus, Blasenausschlag	2	4	**6**
58	Furunculosis, Blutgeschwür, Karfunkel	3	3	**6**
59a)	Phlegmone, Abscess, Geschwür, Zellgewebsvereiterung etc.	1	3	**4**
61a)	Nabelentzündung	1	—	**1**
	B. Krankheiten der Sehnen.			
67c)	Sehnenverkürzung, Torticollis etc.	—	1	**1**
	C. Krankheiten der Knochen und Gelenke.			
68b)	Knochenentzündung, Knochenmarkentzündung etc	3	6	**6**
70b)	Gelenkentzündung	—	1	**1**
71b)	Arthritis deformans, deformierende Gelenkentzündung	—	3	**3**
	D. Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Drüsen			
73b)	Anaemia perniciosa	5	8	**13**
c)	Weissblütigkeit, Leukaemia	3	5	**8**
e)	Lymphom	1	2	**3**

Ordn.-Nr.	Todesursachen	Zahl der Verstorbenen m.	w.	zus.
74a)	Skorbut, Scharbock, Scorbutus	4	—	**4**
75	Bluterkrankheit, Haemophilie	1	—	**1**
	E. Krankheiten des Gefässsystems.			
78	Herzklappenentzündung, Akute Endokarditis	12	10	**22**
79a)	Herzbeutelentzündung, Perikarditis	5	8	**13**
b)	Herzbeutelwassersucht, Hydroperikardium	2	1	**3**
80	Herzvergrösserung, Herzerweiterung	10	4	**14**
81a)	Herzklappenfehler	51	67	**118**
b)	Angeborener Herzfehler, angeborene Blausucht	4	5	**9**
82a)	Herzmuskelentartung, Herzmuskelentzündung	35	36	**71**
b)	Herzverfettung, Fettherz	1	1	**2**
84	Herzschlag, Herzschwäche, Herzlähmung	129	108	**237**
85a)	Herzkrampf, Angina pectoris	1	—	**1**
86	Herzleiden ohne nähere Angabe, Herz-Asthma	8	7	**15**
87a)	Schlagadererweiterung, Aneurysma	—	1	**1**
c)	Arterienverstopfung, Embolia	9	7	**16**
d)	Arterienverkalkung, Arterienverhärtung, Gefässverkalkung etc.	47	33	**80**
88b)	Venenentzündung, Phlebitis, Periphlebitis	2	1	**3**
c)	Blutgefässverstopfung, Venenverstopfung	2	1	**3**
	F. Krankheiten des Nervensystems.			
89	Hirnhautentzündung, Entzündung der harten und weichen Hirnhaut	34	23	**57**
90	Gehirnhöhlenwassersucht, Gehirnwassersucht, Wasserkopf	7	5	**12**
91a)	Gehirnentzündung, Akute Encephalitis	5	4	**9**
b)	Gehirneiterung, Gehirnabscess	1	—	**1**
92	Gehirnschlag, Schlaganfall, Schlagfluss, Gehirnblutung etc.	121	100	**221**
93a)	Erweichungsherde im Gehirn, arteriosklerotische und andere	7	8	**15**
b)	Gehirnlähmung, Paralysis cerebri	10	3	**13**
95	Gehirnleiden ohne nähere Bezeichnung	3	2	**5**

Noch Tab. 1.

Ordn.-Nr.	Todesursachen	Zahl der Verstorbenen m.	w.	zus.
96b)	Gehirnerweichung, Progressive Paralyse	14	7	**21**
c)	Dementia senilis	—	1	**1**
e)	Idiotie, Imbecillität	—	1	**1**
f)	Geisteskrankheit ohne nähere Angabe	1	—	**1**
98a)	Rückenmarkentzündung, Myelitis	1	3	**4**
b)	Rückenmarkhautentzündung, Meningitis spinalis	2	—	**2**
99	Druckschwund des Rückenmarks durch Geschwülste, Fraktur	1	—	**1**
100a)	Rückenmarkschwindsucht, Rückenmarkdarre	3	7	**10**
101a)	Rückenmarklähmung, Rückenmarkerweichung	2	2	**4**
c)	Rückenmarkleiden ohne näh. Angabe	—	2	**2**
103	Apoplexia spinalis	—	1	**1**
105	Multiple Neuritis	2	—	**2**
110a)	Fallsucht, Epilepsie	2	1	**3**
c)	Sonstige Krämpfe, Eklampsie der Kinder	99	70	**169**
112	Basedowsche Krankheit	1	3	**4**
	G. Krankheiten des Ohres.			
113c)	Ohrenleiden ohne nähere Angabe	1	1	**2**
	J. Krankheiten der Respirationsorgane.			
116	Kehlkopfentzündung, Laryngitis simplex; Pseudocroup	1	1	**2**
117a)	Oedema glottidis	1	1	**2**
b)	Stimmritzenkrampf, Laryngospasmus	27	16	**43**
119	Luftröhrenkatarrh, Entzündung der Luftröhre	2	2	**4**
120	Akute Bronchitis, Kapillar-Bronchitis, Bronchiolitis	11	6	**17**
121a)	Chronischer Bronchialkatarrh, Bronchitis chronica, Peribronchitis	14	8	**22**
b)	Bronchialkatarrh ohne nähere Bezeichnung	16	20	**36**
122a)	Fibrinose oder genuine etc. Lungenentzündung	13	12	**25**
b)	Katarrhalische Lungenentzündung	36	21	**57**
c)	Hypostatische „	2	1	**3**
d)	Lungenentzündung ohne nähere Angabe	187	144	**331**

Noch Tab. 1.

Ordn.-Nr.	Todesursachen	Zahl der Verstorbenen m.	w.	zus.
124	Lungenleiden ohne nähere Bezeichnung	8	6	**14**
125	Lungenblutsturz, Bluthusten, Blutsturz, Lungenblutung	10	3	**13**
126	Lungenerweiterung, Lungenblähung, Lungenkrampf	13	10	**23**
127a)	Lungenabscess	2	1	**3**
b)	Lungenbrand, Gangraena pulmonum	2	—	**2**
128	Lungenlähmung, Lungenschlag	11	7	**18**
129a)	Brustfellentzündung, Rippenfellentzündung, Pleuritis	13	9	**22**
aα)	Brustfellentzündung, seröse	1	—	**1**
bβ)	„ eitrige, Eiterbrust, Brustfistel	1	1	**2**
b)	Luftaustritt in die Brustfellhöhle, Pneumothorax	1	—	**1**
	K. Krankheiten des Verdauungsapparates.			
134a)	Magenkatarrh, Magenleiden, Magenentzündung	3	7	**10**
c)	Magengeschwür, Magenerweichung, Magendurchbohrung	4	1	**5**
g)	Magenerweiterung	—	1	**1**
135a)	Darmkatarrh, Darmentzündung, Magendarmkatarrh	165	158	**323**
c)	Durchfall, Verdauungsschwäche der Neugeborenen	86	63	**149**
e)	Ulcus duodenale	1	—	**1**
f)	Darmgeschwüre ohne nähere Angabe	1	2	**3**
137	Blinddarmentzündung, Perityphlitis	21	13	**34**
138	Darmverschluss, Darmverengerung etc.	6	5	**11**
140	Mastdarmerkrankungen	—	1	**1**
142	Brüche, Unterleibsbrüche, Nabelbruch, Leistenbruch etc	1	3	**4**
142a)	Eingeklemmte Brüche	2	6	**8**
b)	Nicht eingeklemmte Brüche	1	—	**1**
143	Bauchfellentzündung Unterleibsentzündung	16	36	**52**
144a)	Leberentzündung, Hepatitis, Leberabscess etc.	4	3	**7**
c)	Akute Leberatrophie	—	1	**1**
d)	Leberschrumpfung, chronische Leberatrophie etc.	14	5	**19**
145a)	Gelbsucht, Ikterus, Gallenfieber	2	—	**2**
b)	„ der Neugeborenen	1	1	**2**
146	Leberleiden ohne nähere Bezeichnung	4	2	**6**

Noch Tab. 1.

Ordn.-Nr.	Todesursachen	Zahl der Verstorbenen m.	w.	zus.
147	Gallensteine, Gallensteinkolik	6	12	**18**
148	Erkrankungen des Pankreas (Bauchspeicheldrüse)	—	1	**1**
	L. Krankheiten der Harnorgane.			
149	Nierenentzündung, Nephritis, Nierenschrumpfung	72	50	**122**
150a)	Nierenbeckenentzündung, Pyelitis, Pyelonephritis	—	1	**1**
b)	Hydronephrose	1	—	**1**
c)	Nierenvereiterung, Nephritis purulenta	1	1	**2**
151	Steinkrankheit, Lithiasis	—	1	**1**
153	Uraemia (Harnvergiftung)	6	2	**8**
154a)	Blasenkatarrh, Blasenleiden ohne nähere Angabe etc.	8	3	**11**
166	M. Krankheiten der Geschlechtsorgane (weibliche).			
167	Gebärmutterblutung ausserhalb der Geburt und des Wochenbettes . .	—	1	**1**
168a)	Lageveränderung der Gebärmutter .	—	1	**1**
b)	Eierstocksentzündung, Oophoritis . .	—	1	**1**
172a)	Tubenentzündung etc.	—	1	**1**
b)	Blutungen während der Geburt und im Wochenbett	—	2	**2**
	Phlebitis puerperalis etc.	—	1	**1**
176	**VI. Andere sowie nicht angegebene und unbekannte Krankheiten . . . . . .**	11	10	**21**
	Zusammen . .	2708	2301	**5009**

Die Sterbefälle des Jahres 1906

nach

Todesursachen, Geschlecht und erreichtem Lebensalter.

Tabelle 2. Die Sterbefälle des Jahres 1906

Ord.-Nr.	Todesursachen	0—1 Jahr			1—5 Jahre			5—10 Jahre			10—15 Jahre			15—20 Jahre			20—30 Jahre		
		m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m	w.	zus	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.
1	Angeborene Lebensschwäche	139	133	**272**	1	—	**1**	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2	Alterschwäche		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3	Selbstmord	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	**2**	10	3	**13**	22	8	**30**
4	Mord	4	5	**9**	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	1	**4**
5	Unglücksfall	1	—	**1**	7	4	**11**	5	3	**8**	3	1	**4**	7	2	**9**	15	3	**18**
	Infektions- und allgemeine Krankheiten																		
6	Variola, Blattern	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
6a	Influenza	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
7	Morbilli, Masern	4	4	**8**	12	5	**17**	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
8	Scarlatina, Scharlach	—	1	**1**	3	3	**6**	4	—	**4**	1	—	**1**	—	—	—	—	—	—
9	Diphtheria, Diphtherie	1	2	**3**	8	7	**15**	2	1	**3**	1	1	**2**	1	—	**1**	—	—	—
10	Pertussis, Keuchhusten	19	15	**34**	10	18	**28**	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
11	Typhus, Nervenfieber	—	—	—	1	—	**1**	—	—	—	—	1	**1**	—	1	**1**	2	2	**4**
12	Dysenteria, Ruhr	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
13	Cholera asiatica, asiat. Cholera	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
14	Hydrophobia, Wasserscheu	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
15	Febris puerp., Wochenbettfieber	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	**1**	—	6	**6**
16	Erysipelas, Rose	1	1	**2**	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	**1**	—	—	—
17	Mening. cereb.-spin., Genickkrpf.	—	—	—	—	—	—	1	—	**1**	—	—	—	—	—	—	—	—	—
18	Rheum. acutus, Gelenkrheum.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	**1**	—	—	—
19	Tuberculosis miliaris acuta, galoppierende Schwindsucht	5	2	**7**	4	5	**9**	1	2	**3**	—	1	**1**	3	1	**4**	3	5	**8**
20	Diabetes mellitus, Zuckerruhr	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	**1**	1	—	**1**	4	2	**6**
21	Sonstige allgemeine Krankheiten	24	16	**40**	4	3	**7**	2	1	**3**	—	1	**1**	1	—	**1**	5	9	**14**
	Lokalisierte Krankheit.																		
22	Meningitis tuberculosa, tuberk. Hirnhautentzündung	5	8	**13**	18	13	**31**	4	3	**7**	1	3	**4**	2	—	**2**	3	1	**4**
23	Apoplexia cereb. sang., Hirnschl.	1	—	**1**	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	**1**	1	—	**1**
24	Eclampsia, Krämpfe	8-	51	**139**	9	19	**28**	1	—	**1**	—	—	—	—	—	—	—	—	—
25	Eclampsia parturientium, Krampf der Wöchnerinnen	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
26	Sonstige Krankheiten d. Gehirns	17	11	**28**	15	13	**28**	3	6	**9**	1	—	**1**	1	1	**2**	11	4	**15**
27	Krankheiten des Rückenmarks	—	—	—	—	—	—	—	1	**1**	—	—	—	—	—	—	3	—	**3**
28	„ d. Herzens u. d. Gefässe	24	20	**44**	7	11	**18**	3	4	**7**	1	2	**3**	5	3	**8**	18	10	**28**
29	Bronchitis acuta, akute Luftröhrenästeentzündung	17	15	**32**	10	11	**21**	—	1	**1**	—	—	—	—	—	—	2	—	**2**
30	Br. chr., chr. Luftrohrästeentzg.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
31	Pneumonia, Lungenentzündung	78	52	**130**	42	45	**87**	4	2	**6**	1	1	**2**	2	—	**2**	10	8	**18**
32	Phthisis pulm., Lungenschwds.	8	3	**11**	14	11	**25**	1	4	**5**	3	6	**9**	16	23	**39**	82	82	**164**
33	Laryngismus strid., Kehlkopfkr.	20	12	**32**	7	4	**11**	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
34	Angina membranacea, Krupp	—	—	—	1	1	**2**	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

nach und Todesursachen und erreichtem Lebensalter.

30—40 Jahre			40—50 Jahre			50—60 Jahre			60—70 Jahre			70—80 Jahre			80—90 Jahre			90—100 Jahre			Ueberhaupt		
m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	140	133	**273**
—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	5	**6**	23	44	**67**	24	52	**76**	3	5	**8**	51	106	**157**
20	3	**23**	17	—	**17**	21	1	**22**	5	3	**8**	3	2	**5**	—	—	—	—	—	—	99	21	**120**
—	—	—	—	—	—	—	1	**1**	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7	7	**14**
9	2	**11**	7	—	**7**	8	—	**8**	2	1	**3**	2	—	**2**	1	—	**1**	—	—	—	67	16	**83**
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	2	1	**3**	—	1	**1**	—	—	—	—	2	**2**	—	1	**1**	—	1	**1**	2	6	**8**
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	16	9	**25**
1	—	**1**	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	9	4	**13**
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	13	11	**24**
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	29	33	**62**
3	—	**3**	1	—	**1**	—	—	—	—	—	—	—	1	**1**	—	—	—	—	—	—	7	5	**12**
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	1	**1**	—	2	**2**	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	10	**10**
1	—	**1**	—	—	—	1	1	**2**	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	3	**6**
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	**1**
—	—	—	—	—	—	—	1	**1**	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	**2**
6	1	**7**	2	—	**2**	1	—	**1**	1	1	**2**	—	1	**1**	—	—	—	—	—	—	26	19	**45**
3	2	**5**	5	2	**7**	12	8	**20**	15	18	**33**	6	3	**9**	—	—	—	—	—	—	47	35	**82**
6	6	**12**	6	13	**19**	8	8	**16**	1	3	**4**	—	6	**6**	—	2	**2**	—	—	—	57	68	**125**
3	—	**3**	—	1	**1**	—	—	—	—	1	**1**	—	—	—	—	—	—	—	—	—	36	30	**60**
2	3	**5**	10	5	**15**	30	20	**50**	40	40	**80**	25	27	**52**	11	5	**16**	—	—	—	121	100	**221**
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	98	70	**168**
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
8	4	**12**	18	7	**25**	13	9	**22**	7	7	**14**	4	2	**6**	—	1	**1**	—	—	—	98	65	**163**
2	1	**3**	2	2	**4**	1	5	**6**	1	5	**6**	1	1	**2**	—	—	—	—	—	—	10	15	**25**
16	20	**36**	30	30	**60**	76	36	**112**	77	79	**156**	53	59	**112**	5	13	**18**	—	1	**1**	315	288	**603**
—	—	—	1	1	**2**	2	—	**2**	1	3	**4**	2	3	**5**	1	1	**2**	—	1	**1**	36	36	**72**
—	—	—	1	—	**1**	3	3	**6**	4	3	**7**	6	1	**7**	—	—	—	—	1	**1**	14	8	**22**
18	5	**23**	19	12	**31**	17	11	**28**	11	17	**38**	22	19	**41**	4	6	**10**	—	1	**1**	238	179	**417**
120	82	**202**	74	31	**105**	57	20	**77**	30	21	**51**	10	13	**23**	1	—	**1**	—	—	—	416	296	**712**
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	27	16	**43**
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	**2**

Noch Tab. 2.

Die Sterbefälle des Jahres 1906 nach

Ord.-Nr.	Todesursachen	0—1 Jahr			1—5 Jahre			5—10 Jahre			10—15 Jahre			15—20 Jahre			20—25 Jahre		
		m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.
35	Sonstige Lungenkrankheiten .	4	1	**5**	3	—	**3**	—	—	—	—	1	**1**	1	—	**1**	1	1	**2**
36	Krankheiten des Rippenfells .	3	—	**3**	1	1	**2**	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	**1**
37	Catarrhus gastro-intestinalis, Magendarmkatarrh	156	151	**307**	8	10	**18**	—	1	**1**	—	—	—	—	—	—	1	—	**1**
38	Cholera nostras, Brechruhr .	81	60	**141**	4	2	**6**	—	1	**1**	—	1	**1**	—	—	—	—	—	—
39	Atrophia, Ernährungszehrfieber	73	59	**132**	7	7	**14**	1	—	**1**	—		—	—	—	—	—	—	—
40	Sonst. Krankh. d. Verdauungskan.	1	1	**2**	—	1	**1**	—	—	—	—	—	—	1	—	**1**	2	3	**5**
41	Krankheiten des Bauchfells . .	—	—	—	6	2	**8**	1	1	**2**	4	2	**6**	5	3	**8**	6	11	**17**
42	„ der Leber	4	1	**5**	—	1	**1**	—	—	—	—	—	—	—	1	**1**	—	2	**2**
43	„ von Milz und Pankreas	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
44	„ der Harnwerkzeuge .	—	2	**2**	4	3	**7**	1	2	**3**	1	1	**2**	2	1	**3**	8	6	**14**
45	„ der Geschlechtswerkz.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2
46	„ der Bewegungswerkz.	—	2	**2**	3	1	**4**	1	—	**1**	—	—	—	1	3	**4**	1	—	**1**
47	„ der Haut	4	4	**8**	1	2	**3**	—	—	—	—	—	—	1	—	**1**	—	1	**1**
48	Tod aus unbekannter Ursache	1	—	**1**	1	1	**2**	1	—	**1**	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Zusammen . .	783	716	**1415**	211	204	**415**	36	33	**69**	19	23	**42**	62	44	**106**	204	167	**371**

Todesursachen und erreichtem Lebensalter.

30—40 Jahre			40—50 Jahre			50—60 Jahre			60—70 Jahre			70—80 Jahre			80—90 Jahre			90—100 Jahre			Ueberhaupt		
m	w	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.
2	1	3	8	1	9	14	6	20	11	9	20	3	8	11	2	—	2	—	—	—	49	28	77
—	2	2	4	2	6	1	2	3	2	—	2	2	2	4	—	—	—	—	—	—	14	9	23
—	—	—	—	—	—	1	1	2	1	2	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	167	165	332
—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	86	64	150
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	82	66	148
7	8	15	11	11	22	28	23	51	43	33	76	16	17	33	2	4	6	—	1	1	111	102	213
6	13	19	5	13	18	1	8	9	4	5	9	1	2	3	—	1	1	—		—	39	61	100
2	1	3	10	5	15	18	13	31	8	12	20	5	7	12	—	5	5	—	—	—	47	48	95
—	—	—	1	—	1	1	1	2	—	1	1	1	1	2	—	—	—	—	—	—	3	3	6
11	8	19	15	9	24	18	16	34	21	6	27	10	5	15	1	—	1	—	—	—	92	59	151
—	10	10	—	13	13	—	22	22	—	13	13	—	8	8	—	1	1	—	—	—	—	69	69
2	—	2	3	—	3	2	5	7	3	8	11	2		2	—	—	—	—	—	—	18	19	37
—	—	—	1	1	2	1	4	5	—	1	1	2	2	4	—	—	—	—	—	—	10	15	25
—	—	—	1	1	1	—	—	—	1	—	1	—	1	1	—	—	—	—	—		5	2	7
248	173	421	254	162	416	336	226	562	300	297	597	200	237	437	52	92	144	3	11	14	2708	2301	5009

Tabelle 3. **Die Sterbefälle des Jahres 1906**

Ordn.-Nr.	Todesursachen	Januar			Februar			März			April			Mai			Juni		
		m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.
1	Angeborene Lebensschwäche	11	14	**25**	10	4	**14**	8	10	**18**	11	18	**29**	6	9	**15**	16	12	**28**
2	Altersschwäche	3	7	**10**	3	9	**12**	8	13	**21**	4	9	**13**	2	13	**15**	7	8	**15**
3	Selbstmord	8	1	**9**	3	1	**4**	7	2	**9**	4	1	**5**	8	1	**9**	13	2	**15**
4	Mord	—	—	—	—	—	—	1	1	**2**	1	—	**1**	2	1	**3**	—	—	—
5	Unglücksfall	3	—	**3**	2	—	**2**	4	—	**4**	6	2	**8**	4	1	**5**	7	1	**8**
	Infektions- und allgemeine Krankheiten.																		
6	Variola, Blattern	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
6a	Influenza	—	2	**2**	—	1	**1**	1	2	**3**	—	—	—	1	—	**1**	—	—	—
7	Morbilli, Masern	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	**1**	—	1	**1**	—	—	—
8	Scarlatina, Scharlach	—	—	—	—	1	**1**	—	—	—	2	—	**2**	—	3	**3**	1	—	**1**
9	Diphtheria, Diphtherie	—	2	**2**	1	3	**4**	2	1	**3**	1	—	**1**	—	—	—	—	2	**2**
10	Pertussis, Keuchhusten	—	2	**2**	3	1	**4**	3	4	**7**	3	3	**6**	2	1	**3**	2	1	**3**
11	Typhus, Nervenfieber	—	—	—	—	2	**2**	—	—	—	—	—	—	1	—	**1**	—	—	—
12	Dysenteria, Ruhr	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
13	Cholera asiatica, asiat. Cholera	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
14	Hydrophobia, Wasserscheu	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
15	Febris puerp., Wochenbettfieber	—	2	**2**	—	3	**3**	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	**1**
16	Erysipelas, Rose	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	**3**	—	—	—	—	—	—
17	Mening. cereb.-spin., Genickkrpf.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
18	Rheum. acutus, Gelenkrheum.	—	—	—	1	—	**1**	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
19	Tuberculosis miliaris acuta, galoppierende Schwindsucht	2	—	**2**	1	4	**5**	4	—	**4**	1	3	**4**	2	3	**5**	1	—	**1**
20	Diabetes mellitus, Zuckerruhr	5	3	**8**	1	3	**4**	2	4	**6**	5	6	**11**	5	2	**7**	5	3	**8**
21	Sonstige allgemeine Krankheiten	1	2	**3**	6	5	**11**	2	2	**4**	18	9	**27**	5	7	**12**	2	6	**8**
	Lokalisierte Krankheiten																		
22	Meningitis tuberculosa, tuberk. Hirnhautentzündung	2	4	**6**	2	2	**4**	4	5	**9**	2	3	**5**	4	5	**9**	2	1	**3**
23	Apoplexia cereb. sang., Hirnschl.	4	12	**16**	5	3	**8**	13	5	**18**	12	14	**26**	9	12	**21**	13	10	**23**
24	Eclampsia, Krämpfe	6	9	**15**	11	3	**14**	10	6	**16**	10	6	**16**	6	4	**10**	9	6	**15**
25	Eclampsia, parturientium, Krampf der Wöchnerinnen	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
26	Sonstige Krankheiten des Gehirns	13	10	**23**	8	6	**14**	6	11	**17**	5	4	**9**	9	3	**12**	13	3	**16**
27	Krankheiten des Rückenmarks	—	1	**1**	—	1	**1**	1	1	**2**	1	1	**2**	—	1	**1**	1	2	**3**
28	„ des Herzens u. d. Gefässe	26	28	**54**	29	17	**46**	37	22	**59**	29	30	**59**	23	33	**56**	25	16	**41**
29	Bronchitis acuta, akute Luftröhrenästeentzündung	4	4	**8**	5	4	**9**	7	7	**14**	1	1	**2**	3	3	**6**	1	1	**2**
30	Bronch. chr., chr. Luftröhrenästeentzündung	1	1	**2**	2	1	**3**	2	2	**4**	1	—	**1**	1	1	**2**	—	—	—
31	Pneumonia, Lungenentzündung	23	16	**39**	23	10	**33**	27	17	**44**	31	15	**46**	20	14	**34**	22	11	**33**
32	Phthisis pulmon., Lungenschwds.	37	27	**64**	34	25	**59**	46	35	**81**	36	30	**66**	49	31	**80**	41	20	**61**
33	Laryngismus strid., Kehlkopfkr.	6	3	**9**	6	3	**9**	2	1	**3**	2	1	**3**	2	1	**3**	—	1	**1**

nach Monaten und Todesursachen.

Juli			August			Septemb.			Oktober			Novemb.			Dezember			Zusammen		
m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.
10	10	20	11	15	26	9	12	21	18	7	25	14	10	24	16	12	28	140	133	273
3	3	6	5	8	13	5	7	12	6	5	11	3	11	14	2	13	15	51	106	157
12	3	15	10	1	11	8	1	9	15	3	18	7	2	9	4	3	7	99	21	120
—	2	2	1	—	1	—	1	1	1	2	3	1	—	1	—	—	—	7	7	14
5	2	7	8	3	11	7	3	10	7	1	8	7	1	8	7	2	9	67	16	83
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	2	6	8
1	–	1	—	—	—	2	—	2	1	1	2	6	1	7	6	5	11	16	9	25
—	—	–	1	—	1	1	—	1	—	—	—	1	—	1	3	—	3	9	4	13
2	—	2	3	—	3	—	—	—	1	—	1	3	–	3	—	3	3	13	11	24
5	5	10	4	8	12	4	4	8	—	—	—	2	2	4	1	2	3	29	33	62
4	—	4	—	2	2	1	—	1	—	—	—	—	1	1	1	—	1	7	5	12
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	1	1	—	—	—	—	2	2	—	10	10
—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	2	—	2	3	3	6
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	1
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1	1	2
1	2	3	1	3	4	2	1	3	3	—	3	3	3	6	5	—	5	26	19	45
—	5	5	7	3	10	2	1	3	1	1	2	7	2	9	7	2	9	47	35	82
3	8	11	3	3	6	5	6	11	2	4	6	3	8	11	7	8	15	57	68	125
4	2	6	4	3	7	3	2	5	2	1	3	4	1	5	3	1	4	36	30	66
13	8	21	10	3	13	13	12	25	9	10	19	10	6	16	10	5	15	121	100	221
5	5	10	7	13	20	10	8	18	12	4	16	3	3	6	9	3	12	98	70	168
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
5	5	10	5	5	10	4	6	10	8	5	13	10	4	14	12	3	15	98	65	163
1	1	2	1	1	2	1	1	2	—	1	1	1	2	3	3	2	5	10	15	25
23	26	49	19	12	31	34	24	58	21	20	41	22	28	50	27	32	59	315	288	603
3	2	5	1	3	4	3	3	6	2	4	6	2	1	3	4	3	7	36	36	72
1	1	2	—	—	—	2	—	2	2	1	3	1	1	2	1	—	1	14	8	22
15	14	29	16	15	31	12	11	23	10	11	21	18	21	39	21	24	45	238	179	417
36	19	55	33	24	57	29	21	50	17	18	25	28	21	49	30	25	55	416	296	712
2	—	2	1	—	1	—	1	1	1	1	2	1	2	3	4	2	6	27	16	43

Noch Tab. 3.

Die Sterbefälle des Jahres 1906

Ordn.-Nr.	Todesursachen.	Januar			Februar			März			April			Mai			Juni		
		m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.
34	Angina membranacea, Krupp .	—		—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
35	Sonstige Lungenkrankheiten . .	4	4	**8**	5	8	**13**	6	3	**9**	4	2	**6**	4	2	**6**	5	—	**5**
36	Krankheiten des Rippenfells . .	1	1	**2**	1	1	**2**	2	1	**3**	1	2	**3**	—	1	**1**	1	1	**2**
37	Catarrhus gastro-intestinalis, Magendarmkatarrh	7	5	**12**	4	5	**9**	2	6	**8**	4	4	**8**	9	4	**13**	8	6	**14**
38	Cholera nostras, Brechruhr . .	1	1	**2**	1	—	**1**	—	2	**2**	—	—	—	1	3	**4**	4	—	**4**
39	Atrophia. Ernährungszehrfieber	5	7	**12**	6	4	**10**	5	4	**9**	6	6	**12**	5	6	**11**	4	7	**11**
40	Sonst. Krankh. des Verdauungskanals	15	8	**23**	6	7	**13**	8	10	**18**	9	11	**20**	4	13	**17**	8	11	**19**
41	Krankheiten des Bauchfells . .	1	6	**7**	—	2	**2**	6	9	**15**	3	7	**10**	3	3	**6**	5	3	**8**
42	„ der Leber	3	4	**7**	1	5	**6**	4	5	**9**	4	3	**7**	6	4	**10**	3	4	**7**
43	„ von Milz und Pankreas		1	**1**	—	1	**1**	—	1	**1**	—	—	—	—	—	—	1	—	**1**
44	„ der Harnwerkzeuge . .	10	3	**13**	5	3	**8**	7	8	**15**	4	6	**10**	11	4	**15**	8	3	**11**
45	„ der Geschlechtswerkz. .	—	8	**8**	—	10	**10**	—	6	**6**	—	3	**3**	—	6	**6**	—	3	**3**
46	„ der Bewegungswerkz. .	1	—	**1**	3	2	**5**	3	1	**4**	—	5	**5**	4	1	**5**	1	2	**3**
47	„ der Haut	2	—	**2**	—	—	—	1	2	**3**	1	2	**3**	2	—	**2**	—	—	—
48	Tod aus unbekannter Ursache . .	1	—	**1**	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	**1**	—	—	—
	Zusammen . .	206	198	**404**	188	160	**348**	242	209	**451**	222	211	**433**	214	197	**411**	229	147	**376**
	Kinder unter 1 Jahr	54	52	**106**	57	24	**81**	44	42	**86**	55	44	**99**	38	43	**81**	48	39	**87**
	„ „ 5 Jahren	69	69	**138**	76	44	**120**	66	61	**127**	69	60	**129**	56	58	**114**	66	51	**117**

nach Monaten und Todesursachen.

Juli			August			Septemb.			Oktober			Novemb.			Dezember			Zusammen		
m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	1	1	2
3	1	4	2	2	4	3	—	3	3	1	4	3	2	5	7	3	10	49	28	77
2	—	2	2	—	2	1	—	1	—	1	1	2	1	3	1	—	1	14	9	23
32	23	55	49	48	97	30	30	60	8	16	24	8	12	20	6	6	12	167	165	332
21	15	36	35	32	67	19	7	26	1	2	3	1	—	1	2	2	4	86	64	150
8	3	11	15	7	22	4	5	9	12	6	18	7	6	13	5	5	10	82	66	148
13	5	18	10	7	17	13	6	19	8	9	17	8	11	19	9	4	13	111	102	213
2	4	6	5	8	13	3	7	10	3	2	5	3	2	5	5	8	13	39	61	100
5	5	10	5	2	7	5	8	13	1	3	4	3	2	5	7	3	10	47	48	95
—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	3	3	6
3	3	6	10	7	17	8	9	17	5	5	10	12	2	14	9	6	15	92	59	151
—	9	9	—	5	5	—	8	8	—	3	3	—	2	2	—	6	6	—	69	69
1	1	2	—	2	2	2	1	3	2	3	5	—	—	—	1	1	2	18	19	37
2	2	4	1	4	5	—	2	2	—	1	1	—	1	1	1	1	2	10	15	25
—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	1	2	1	—	1	—	1	1	5	2	7
246	194	440	287	249	536	246	209	455	183	154	337	207	174	381	238	199	437	2708	2301	5009
97	65	162	134	124	258	89	64	153	61	43	104	45	42	87	61	50	111	783	632	1415
112	82	194	150	150	300	108	78	186	73	55	128	66	60	126	83	68	151	994	836	1830

Tabelle 4.

Die Sterbefälle des Jahres 1906 nach Todesursachen und grösseren Stadtteilen. *)

(Die Sterbefälle sind soweit tunlich den Stadtteilen zugewiesen, in welchen die Erkrankung erfolgte)

Ord.-Nr.	Todesursachen	Stadtteile																	Nach auswärts gehörig	Mit unb. Wohn.	Zusammen
		Altstadt	Neustadt			Aussenstadt						Alt-Bornheim	Sachsb.		Bockenheim	Niederrad	Oberrad	Seckbach			
			westl.	nördl.	östliche	süd-westl.	westl.	nord-westl.	nördl.	nord-östliche	östliche		inneres	äusser.							
1	Angeborene Lebensschwäche	29	3	5	10	40	4	2	20	43	9	21	17	21	23	9	10	2	5	—	273
2	Altersschwäche	10	5	—	9	11	6	13	23	16	16	5	4	7	20	5	—	4	2	1	157
3	Selbstmord	9	4	3	2	11	2	4	9	15	5	4	3	7	7	—	4	—	18	13	120
4	Mord	—	—	—	—	3	—	—	—	—	2	—	—	—	1	—	—	—	1	7	14
5	Unglücksfall	11	2	—	2	11	1	1	3	6	5	9	2	4	9	—	1	—	12	4	83
	Infektions- und allgem. Krankheiten																				
6	Variola, Blattern	—	—		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
6a	Influenza	—	—	—	1	1	—	—	3	1	—	1	—	—	—	—	1	—	—	—	8
7	Morbilli, Masern	2	—	1	3	1	—	—	2	8	1	4	3	—	—	—	—	—	—	—	25
8	Scarlatina, Scharlach	—		1	—	3	—	—	—	—	1	—	—	2	6	—	—	—	—	—	13
9	Diphtheria, Diphtherie	—	1	2	1	1	—	—	—	4	—	—	1	4	5	1	1	—	3	—	24
10	Pertussis, Keuchhusten	8	1	—	1	3	—	—	2	12	2	3	2	6	8	3	11	—	—	—	62
11	Typhus, Nervenfieber	—	—	—	—	3	—	1	—	1	1	—	3	—	2	—	—	—	1	—	12
12	Dysenteria, Ruhr	—	—	—		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
13	Cholera asiat., asiat. Cholera	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
14	Hydrophobia, Wasserscheu	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
15	Febr. puerp., Wochenbettfieb.	1	—	—	1	2	—	—	—	2	1	—	—	—	1	—	1	1	—	—	10
16	Erysipelas, Rose	—	—	—	—	1	—	—	2	—	—	—	—	1	1	—	1	—	—	—	6
17	Men. cereb.-spin., Genickkr.	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
18	Rheum. acut., Gelenkrheum.	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2
19	Tuberculosis miliaris acuta, galopp. Schwindsucht	2	—	—	2	6	—	1	6	3	3	6	—	4	7	1	1	—	3	—	45
20	Diabetes mellit., Zuckerruhr	4	3	3	4	11	4	9	7	11	6	1	1	4	4	1	—	—	9	—	82
21	Sonst. allgem. Krankheiten	8	2	—	7	18	2	3	11	11	9	9	6	9	11	5	4	—	10	—	125
	Lokalis. Krankheiten																				
22	Men. tubercul., tuberkulöse Hirnhautentzündung	5	2	—	4	9	—	2	5	8	6	6	4	4	7	—	3	—	1	—	66
23	Apoplexia cerebri sanguin. Hirnschlag	20	3	6	8	18	7	14	37	25	8	7	9	22	15	8	3	3	7	1	221
24	Eclampsia, Krämpfe	15	1	3	3	21	—	—	12	20	4	11	7	9	31	23	3	—	2	—	168
25	Eclampsia parturientium Krampf d. Wöchnerinnen	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
26	Sonst. Krankheit. d. Gehirns	19	4	—	6	18	3	5	10	22	8	6	3	16	17	7	5	3	11	—	163
27	Krankheit. d. Rückenmarks	1	1	1	2	1	—	—	5	2	1	—	—	4	2	1	2	—	2	—	25
28	„ d. Herzens u. d. Gefässe	63	16	15	24	59	20	29	59	68	26	36	18	54	52	16	10	9	28	1	603
29	Bronchitis acuta, akute Luftröhrenästeentzünd.	7	—	—	3	11	3	1	1	9	3	3	4	12	3	6	3	—	2	1	72
30	Bronchitis chron., chron. Luftröhrenästeentzünd.	1	—	—	3	—	—	2	5	3	2	1	4	1	—	—	—	—	—	—	22

*) Siehe Planskizze Seite 202.

Noch Tab. 4.

Ord.-Nr.	Todesursachen	Stadtteile																	Nach auswärts gehörig	Mit unb. Wohn	Zusammen
		Altstadt	Neustadt			Aussenstadt						Alt-Bornheim	Sachsh.		Bocken-heim	Niederrad	Oberrad	Seckbach			
			westl.	nördl.	östliche	süd-westl.	westl.	nord-westl.	nördl.	nord-östliche	östliche		Inneres	äusser.							
31	Pneumonia, Lungenentzd.	50	4	7	31	27	2	18	25	52	16	29	20	34	41	24	16	2	19	—	**417**
32	Phthisis pulm., Lungenschwindsucht	98	16	13	24	68	3	9	50	105	21	31	38	74	64	20	25	5	39	9	**712**
33	Laryngismus strid., Kehlkopfkrampf	4	—	—	2	3	1	1	2	6	3	7	1	1	4	6	—	2	—	—	**43**
34	Angina membranac., Krupp	—	—	—	—	1	1	–	—	–	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	**2**
35	Sonstige Lungenkrankheit.	5	—	2	4	8	2	7	4	8	4	3	4	11	7	4	3	—	1	—	**77**
36	Krankheiten d Rippenfells	3	2	—	1	2	1	1	3	3	1	1	—	2	1	—	—	1	1	—	**23**
37	Catarrhus gastro-intestinal. Magendarmkatarrh .	23	1	6	14	38	1	2	18	39	6	34	23	22	64	18	20	1	2	—	**332**
38	Cholera nostras, Brechruhr	10	—	1	7	22	—	—	8	18	6	15	8	8	10	13	19	3	2	-	**150**
39	Atrophia, Ernährungszehrfieber	13	1	—	3	24	1	—	8	29	4	13	10	8	17	10	3	2	2	-	**148**
40	Sonstige Krankheiten des Verdauungskanals . . .	14	5	5	5	19	6	10	19	29	12	7	10	19	10	7	4	1	30	1	**213**
41	Krankheit. des Bauchfells .	7	3	3	9	12	3	2	3	11	5	4	5	11	8	3	2	1	8	—	**100**
42	„ der Leber	9	4	4	2	7	1	6	5	9	10	2	3	7	14	3	2	2	5	—	**95**
43	„ v. Milz u. Pankreas .	1	—	—	—	—	—	1	1	1	–	—	—	1	—	—	1	—	—	—	**6**
44	„ der Harnwerkzeuge .	13	2	1	7	11	2	8	17	18	13	9	2	14	19	3	5	—	7	—	**151**
45	„ d. Geschlechtswerkzg.	3	4	2	2	5	4	5	8	5	3	1	4	9	7	—	1	—	6	—	**69**
46	„ d. Bewegungswerkzg	3	2	2	1	5	1	—	3	5	2	4	—	2	1	—	1	—	5	-	**37**
47	„ der Haut	2	—	1	1	1	2	—	—	7	1	5	—	1	1	—	1	1	1	—	**25**
48	Tod aus unbek. Ursache .	2	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	1	—	1	**7**
	Zusammen	476	92	87	209	521	83	157	397	636	226	298	219	415	500	197	168	44	245	39	**5009**

Tabelle 5.

Die Sterblichkeit der Kinder unter 15 Jahren nach Alter, Legitimität und Gebürtigkeit.

Altersklassen.	eheliche			uneheliche			Ueberhaupt			Davon hier geboren		
	m.	w.	zus	m.	w.	zus	m	w	zus	m.	w.	zus.
0— 1	580	446	1026	203	186	389	783	632	1415	723	584	1307
1— 2	102	103	205	14	20	34	116	123	239	106	114	220
2— 3	40	36	76	2	5	7	42	41	83	34	39	73
3— 4	29	19	48	1	1	2	30	20	50	24	15	39
4— 5	22	19	41	1	1	2	23	20	43	20	15	35
5— 6	9	10	19	1	—	1	10	10	20	8	9	17
6— 7	10	7	17	—	—	—	10	7	17	9	6	15
7— 8	8	6	14	—	—	—	8	6	14	6	5	11
8— 9	2	5	7	—	1	1	2	6	8	—	3	3
9—10	4	3	7	2	1	3	6	4	10	5	4	9
10 - 11	1	5	6	—	—	-	1	5	6	1	5	6
11 - 12	1	9	10	—	—	—	1	9	10	—	5	5
12—13	5	2	7	1	—	1	6	2	8	5	2	7
13 - 14	3	2	5	—	1	1	3	3	6	2	3	5
14—15	8	4	12	—	—	—	8	4	12	2	2	4
Zusammen	824	676	1500	225	216	441	1049	892	1941	945	811	1756

Tabelle 6

Die Sterblichkeit der Kinder im ersten Lebensjahre in den einzelnen Monaten des Jahres 1906. Nach Todesursachen und Geschlecht.

Ordnungs-Nr.	Todesursachen.	Es starben im Monat: Januar		Februar		März		April		Mai		Juni		Juli		August		September		Oktober		November		Dezember		Ueberhaupt		
		m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	zus
1	Lebensschwäche	11	14	10	4	8	10	11	15	5	9	16	12	10	10	11	15	9	12	13	7	14	9	16	13	139	133	272
2	Masern	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	2	3	4	4	8
3	Scharlach	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
4	Diphtherie	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	2	3
5	Keuchhusten	—	1	1		2	1	3	1	2	1	—	1	4	3	3	5	2	1	—	—	1	—	1	1	19	15	34
6	Tuberkulose Hirnhautentzündung	—	2	—	—	—	2	1	—	—	3	—	—	1	—	2	1	—	—	—	—	1	—	—	—	5	8	13
7	Krämpfe	6	7	10	—	7	3	8	5	6	3	8	5	5	3	6	11	9	5	11	4	3	3	8	2	88	51	139
8	Luftröhrenentzünd.	—	1	1	2	5	4	1	1	1	1	1	1	2	2	—	—	3	1		2	1	—	2	—	17	15	32
9	Lungenentzündung	10	6	14	3	7	7	7	3	3	3	7	5	7	4	9	4	5	2	3	1	3	5	3	9	78	52	130
10	Lungenschwindsucht	—	1	—	1	—	—	1	—	—	1	1	—	—	—	2	—	1	—	2	—	—	—	1	—	8	3	11
11	Stimmritzenkrampf	6	2	3	1	1	1	1	1	1	1	—	1	2	—	1	—	—	—	1	1	1	2	3	2	20	12	32
12	Krupp	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
13	Magendarmkatarrh	7	5	4	4	2	4	4	4	7	5	6	5	31	22	46	43	10	29	7	14	7	11	5	5	156	151	307
14	Brechdurchfall	1	1	1	—	—	1	—	—	—	3	4	—	20	13	32	31	19	7	1	2	1	—	2	2	81	60	141
15	Ernährungszehrfieber	4	7	5	4	5	3	6	5	5	4	8	7	6	3	13	5	4	5	12	6	7	5	3	5	73	59	132
16	Angeborene Syphilis	1	—	2	1	—	—	4	2	—	1	1	1	—	—	1	—	3	—	1	1	1			2	14	8	22
17	Sonst. Todesursachen	8	5	6	4	7	5	7	4	8	7	1	1	9	5	7	9	4	2	5	5	3	6	15	5	80	58	138
	Zusammen	61	52	57	21	41	12	55	44	38	43	48	39	97	65	134	124	59	64	61	43	45	42	61	50	783	632	1415

Tabelle 7.

Die Sterblichkeit der Kinder im ersten Lebensjahr nach Todesursachen, erreichtem Lebensalter nnd Legitimität.

Ordn.-Nr.	Todesursachen	In der ersten Lebenswoche und zwar am 1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	In der 1.	2.	3.	4.	Im ersten Lebensjahre und zwar im 1.	2	3	4	5	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	zus.
		Lebenstage							Lebenswoche				Lebensmonat												
1	Lebensschwäche	113	22	9	11	4	6	2	167	41	30	15	253	14	2	1	2	—	—	—	—	—	—	—	272
2	Masern	—	—	—	—	—	—		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	3	1	1	8
3	Scharlach	—	—	-	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1
4	Diphtherie	—	—	—	—	—	-	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1	3
5	Keuchhusten	—	-	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	4	5	6	2	2	2	3	2	3	1	3	34
6	Tuberk. Hirnhautentz.	—	—	—	-	—	-	—	—	—	—	—	—	1	1	1	1	1	1	—	1	3	2	1	13
7	Krämpfe	—	3	2	—	—	—	—	5	3	5	12	25	11	19	16	10	17	8	6	9	5	6	7	139
8	Luftröhrenästeentz.	—	—	—	—	—	—	-	—	—	1	—	1	3	2	3	2	3	3	—	1	5	4	5	32
9	Lungenentzündung	1	—	—	—	-	—	—	1	2	1	2	6	4	8	15	12	8	10	13	12	21	11	11	131
10	Lungenschwindsucht	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	2	1	1	—	—	2	—	3	11
11	Stimmritzenkrampf	—	—	—	—	-	—	—	-	—	—	—	—	2	4	6	1	4	3	2	3	2	3	2	32
12	Krupp	—	—	--	-	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	-	-	--
13	Magendarmkatarrh	1	—	-	—	-	-	—	1	7	12	10	30	59	59	32	32	19	18	15	15	14	9	5	307
14	Brechdurchfall	—	-	—	—	—	—	—	—	1	4	1	6	34	22	18	17	16	10	5	6	4	1	2	141
15	Ernährungszehrfieber	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	34	25	27	11	14	6	2	4	5	3	1	132
16	Angeborene Syphilis	1	—	1	—	-	—	—	2	2	2	1	7	6	2	3	1	1	—	—	—	1	—	1	22
17	Sonstige Krankheiten	9	4	2	3	1	4	-	23	3	5	5	36	16	14	10	10	7	10	8	7	7	6	6	137
	Zusammen	125	29	14	14	5	10	2	199	59	61	47	366	188	164	139	103	93	74	56	61	75	47	49	[illegible]
	Davon waren unehelich	27	9	6	3	1	6	—	52	22	22	16	112	64	49	41	35	18	15	9	13	13	12	8	389

Tabelle 8.

Die in den einzelnen Monaten des Jahres 1906 Verstorbenen nach Altersgruppen und Zivilstand.

Monate	Von den Verstorbenen standen im Alter von Jahren													Ueberhaupt	Davon waren			
	0—1	1—5	5—10	10—15	15—20	20—30	30—40	40—50	50—60	60—70	70—80	80—90	über 90		ledig	verheirat.	verwitwet	geschied
Januar	106	32	7	4	5	41	37	33	46	51	30	10	2	**404**	215	129	57	3
Februar	81	39	6	3	4	26	24	33	45	42	33	10	2	**348**	170	109	67	2
März	86	41	7	4	15	32	52	37	59	51	45	20	2	**451**	222	162	63	4
April	99	30	8	2	13	83	32	39	57	67	40	13	—	**433**	208	144	79	2
Mai	81	33	6	5	10	40	42	38	42	58	39	14	3	**411**	210	135	61	5
Juni	87	30	9	4	7	21	34	49	44	49	30	12	—	**376**	184	138	54	—
Juli	162	82	4	5	13	25	38	30	46	49	28	7	1	**440**	262	119	58	1
August	258	42	5	6	9	29	31	36	41	32	42	4	1	**536**	367	115	54	—
September	153	33	5	3	8	28	35	30	48	56	38	18	—	**455**	248	140	65	2
Oktober	104	24	3	1	7	28	24	24	36	51	36	9	—	**337**	178	112	46	1
November	87	39	3	1	9	35	34	27	44	45	43	12	2	**381**	193	112	71	5
Dezember	111	40	6	4	6	33	38	40	54	56	33	15	1	**437**	223	140	60	4
Zusammen:	1415	415	69	42	106	371	421	416	562	597	437	144	14	**500**	2680	1555	745	29
Davon hier geb.	1306	368	55	28	46	122	72	55	103	124	109	39	1	**2428**	1962	305	154	7

Oeffentliche Gesundheitspflege.

Mitteilungen des Stadtarztes Sanitätsrat Dr. Koenig.

Die Tätigkeit des Stadtarztes umfasste dieselben Gebiete wie im Vorjahre.

Sie verteilt sich folgendermassen:

1. Untersuchung und Begutachtung von Beamten		
betr. a) Anstellung	330	
b) Beurlaubung	46	
c) Pensionierung	32	408
2. Untersuchung und Begutachtung von Arbeitern		
betr. a) Anstellung	361	
b) Arbeitsfähigkeit nach Unfallverletzung	198	
c) Pensionierung	32	591
3. Untersuchung und Begutachtung von Lehrern		
betr. a) Anstellung	117	
b) Beurlaubung	37	
c) Pensionierung	17	171

4. Untersuchung und Begutachtung von Schulkindern betr. a) Aufnahme und Schulfähigkeit	7	
b) Dispensierung vom Unterricht	11	
c) Vorzeitige Entlassung	12	30
5. Untersuchung und Begutachtung von städtischen Alumnen und sonstigen Personen betr. a) Erwerbsfähigkeit	1	
b) Einweisung in Anstalten oder Badeorte	112	
c) Notwendigkeit der Beschaffung grösserer Bandagen usw.	22	135
6. a) Besichtigung und Begutachtung in sanitärer Beziehung, aus baupolizeilichen Gründen, wegen Konzessionserteilung usw.		81
b) Begutachtungen von Bauplänen von Schulen usw.		62
7. Rechnungsprüfungen		18
8. Allgemeine Geschäftssachen		215
9. Untersuchungen von städtischen Angestellten und Attestierung betr. Aufnahme in die Sterbekasse		1
10. Gutachten in verschiedenen Angelegenheiten		194
		1 906

Die an weiblichen Personen im städtischen Auftrag vorgenommenen Untersuchungen wurden bis zum 31. Dezember 1906 von Fräulein Dr. Kehr und nach deren Fortgang aus Frankfurt seit 1. Januar 1907 von der Nachfolgerin in der Assistentenstelle des städtischen Siechenhauses Fräulein Dr. Elli Meyer ausgeführt. Die Zahl dieser Untersuchungen betrug 127 gegen 141 im vorhergegangenen Jahre.

Dieselben betrafen:

1. Untersuchungen von Lehrerinnen betr. a) Anstellung	71	
b) Beurlaubung	13	84
2. Untersuchung von Krankenschwestern behufs Aufnahme in den Verband, die Lebensversicherung		29
3. Untersuchung sonstiger weiblicher Angestellter		9
4. Untersuchung von Ehefrauen städtischer Angestellter betr. Aufnahme in die Sterbekasse		5
		127

Den Hauptteil der Tätigkeit des Stadtarztes nahmen demnach wie auch in früheren Jahren die sehr zahlreichen (1336) Untersuchungen ein, welche für die verschiedenen Amtsstellen vorgenommen wurden.

Im Krankenhauswesen beteiligte sich der Stadtarzt nur durch Teilnahme an den Sitzungen der Anstaltsdeputation sowie Besprechungen betr. die Krankenhausneubauten. Er nahm ferner als Prüfungsmitglied an den Prüfungen der amtlichen Desinfektoren und der Schwestern teil und wurde am 8. September 1906 zum Mitglied der Prüfungskommission für

Schwimmlehrerinnen in der Provinz Hessen-Nassau ernannt. Eine Prüfung der letzteren hat bisher noch nicht stattgefunden.

Im Armenwesen sind, soweit es die armenärztliche Tätigkeit anlangt, besondere Vorkommnisse nicht zu verzeichnen, ausser den Personalveränderungen, welche durch 2 Todesfälle verursacht wurden. An die Stelle des Dr. Zimmern trat Dr. Baldes und die Tätigkeit des Dr. Prange wurde von Dr. Gottfried mit übernommen. Es wurde ferner eine neue Armenarztstelle geschaffen und Dr. Gause übertragen, da sich durch die Vermehrung der Bevölkerung die Teilung einzelner Armenbezirke als notwendig erwiesen hatte. (Mag.-Beschl. v. 13. III. 1906, No. 3327).

Im Folgenden werden wie in den früheren Jahren Tabellen zur Uebersicht der armenärztlichen Tätigkeit angefügt.

…elle 1.

…gemeine Uebersicht der Tätigkeit der Armenärzte im Rechnungsjahre 1906.

Armenbezirk *)	Zahl der behandelten Kranken	Zahl der Besuche im Hause des Kranken	Zahl der Konsultat. im Hause des Arztes	Zahl der Besuche und Konsultat. zusammen	Ausgaben für Arzneien M.	Pf	Ausgaben für Bandagen, chirurg. Behandlung etc. M	Pf	Ausgaben Zusammen M	Pf	Ausgaben pro Kopf der Behandelten für ärztliche Behandlung M	Pf	für Arzneien M	Pf	für Bandagen, chirurg. Behandlung etc. M.	Pf	Zusammen M.	Pf
a	335	238	1 477	730	440	24	78	30	518	54	1	66	1	31	—	23	3	20
b	100	64	163	118	274	38	99	70	374	08	5	49	2	74	1	—	9	23
a	266	208	902	509	306	40	99	—	405	40	1	66	1	15	—	37	3	18
b	260	415	1 073	773	308	61	104	70	413	31	3	85	1	19	—	40	5	44
a	179	179	211	249	169	44	66	20	235	64	3	37	—	95	—	37	4	69
b	194	138	297	237	207	13	53	50	260	63	3	44	1	06	—	27	4	77
	96	82	515	254	104	68	54	70	159	38	6	21	1	16	—	61	7	98
	95	74	195	139	112	02	64	20	176	22	3	44	1	18	—	68	5	30
a	100	158	339	271	113	15	58	65	171	80	4	72	1	13	—	59	6	44
b	118	112	155	164	71	99	61	30	133	79	3	37	—	61	—	52	4	50
	117	116	258	202	87	54	65	20	152	74	4	72	—	75	—	56	6	03
	82	38	130	81	255	85	52	70	308	55	5	49	3	12	—	64	9	25
11	71	209	385	338	115	13	54	70	169	83	6	21	1	62	—	75	8	58
	82	128	262	215	135	17	74	95	210	12	5	32	1	65	—	91	7	88
	60	65	176	124	73	23	54	70	127	93	4	61	1	22	—	91	6	74
	95	109	320	216	127	35	55	70	183	05	4	72	1	34	—	59	6	65
	118	17	118	56	197	26	54	70	251	96	2	40	1	67	—	46	4	53
	299	68	215	140	163	15	79	70	242	85	2	40	—	55	—	27	3	22
1 a	104	294	405	429	169	24	65	20	234	44	5	32	1	63	—	63	7	58
b	90	270	361	390	336	70	52	70	389	40	5	—	3	74	—	58	9	32
a	110	316	327	425	300	70	57	70	358	40	5	—	2	73	—	52	8	25
b	77	114	287	210	264	01	74	70	338	71	4	61	3	43	—	97	9	01
c	80	128	317	234	157	62	54	70	212	32	4	61	1	97	—	68	7	26
d	57	134	115	172	273	69	60	70	334	39	5	05	4	80	1	07	10	92
a	100	310	417	449	281	62	56	70	338	32	4	48	2	81	—	57	7	86
b	64	414	466	569	239	23	54	70	293	93	4	48	3	74	—	85	9	07
c	59	390	470	547	261	35	61	20	322	55	4	48	4	93	1	03	9	94
	121	555	439	701	578	46	61	70	635	16	8	25	4	74	—	51	13	51
	116	278	391	408	232	34	57	20	289	54	4	72	2	—	—	49	7	21
a	100	280	121	320	680	43	56	70	737	13	5	05	6	80	—	56	12	41
b	41	107	41	121	709	84	61	70	771	54	5	05	17	39	1	80	21	24
	221	437	1 043	785	721	84	117	70	839	54	4	10	3	27	—	76	8	13
	117	27	52	44	256	52	111	70	368	22	5	56	2	19	—	95	8	70
a	75	83	135	128	122	29	63	50	185	79	6	85	1	62	—	84	9	31
b	71	80	137	126	291	14	52	70	343	84	6	85	4	10	—	74	11	69
a	35	4	122	45	266	33	54	70	321	03	5	56	7	60	1	56	14	72
b	28	17	17	23	377	64	52	70	430	34	5	56	13	49	1	88	20	93
	113	263	270	353	144	07	53	13	197	20	8	85	1	27	—	46	10	58
	92	77	118	116	112	21	52	70	164	91	6	—	1	22	—	57	7	79
a	99	242	311	346	113	83	54	40	168	23	3	34	1	15	—	55	5	04
b	76	76	79	102	89	70	52	70	142	40	6	—	1	18	—	69	7	87
	200	477	530	654	167	90	100	70	268	60	3	34	—	84	—	50	4	68
	129	593	428	736	208	63	60	20	268	83	7	64	1	62	—	46	9	83
	80	172	180	232	66	44	81	30	147	74	9	37	—	83	1	01	11	21
	23	349	213	420	49	46			49	46	4	10	2	15	—	—	6	25
Sa.	5139	8905	14 983	13 901	10730	95	2966	83	13697	78	4	43	2	13	—	58	7	14

*) Siehe Planskizze Seite 202.

Tabelle 2.

Uebersicht der Kranken nach den Bezirken,

Armenbezirk *)	Armenarzt	Zusammen	Geschlecht		Alter						
			M.	W.	0 bis 1	1 bis 5	5 bis 15	15 bis 20	20 bis 40	40 bis 60	über 60
1 a	Dr. Gotthold .	335	144	191	15	45	53	6	94	78	44
1 b	„ Zimmern .	100	32	68	4	7	11	1	21	30	26
2 a	„ Gotthold .	266	136	130	11	28	36	2	63	87	39
2 b	„ Weyrauch .	260	109	151	33	30	36	1	68	55	37
3 a	„ Hainebach	179	100	79	16	21	24	—	44	60	14
3 b	„ Weydt . .	194	79	115	16	17	31	—	46	57	27
4	„ Marx . . .	90	26	64	—	1	6	1	14	28	40
6	„ Weydt . .	95	37	58	5	8	9	2	28	20	23
7 a	„ Katzenstein	100	38	62	3	16	9	2	23	24	23
7 b	„ Hainebach	118	46	72	13	7	18	6	31	21	22
8	„ Küppers .	117	48	69	8	11	8	2	37	28	23
9	„ Zimmern .	82	30	52	1	5	3	1	24	28	20
10/11	„ Marx . . .	71	19	52	1	1	8	1	18	19	23
12	„ Gross . .	82	35	47	3	—	10	—	19	32	18
13	„ Gross . .	60	14	46	—	1	1	—	22	16	20
14	„ Küppers .	95	37	58	5	10	7	—	26	27	20
15	„ Lejeune .	118	50	68	3	14	17	3	36	28	17
16	„ Lejeune .	299	95	204	17	46	65	5	76	64	26
21 a	„ Gross . .	104	29	75	4	8	6	2	27	28	29
21 b	„ Krug . . .	90	32	58	4	8	12	—	24	23	20
22 a	„ Krug . . .	110	34	76	6	16	8	3	28	29	20
22 b	„ Koempel .	77	17	60	7	7	5	—	18	20	20
22 c	„ Gotthold .	80	18	62	—	10	14	—	21	22	13
22 d	„ Thiergardt	57	17	40	4	2	12	1	14	14	10
23 a	„ Streitke . .	100	36	64	3	18	8	3	26	27	15
23 b	„ Streitke . .	64	18	46	1	4	6	—	16	26	11
23 c	„ Streitke .	59	22	37	3	6	7	—	20	10	13
24	„ Koempel .	121	38	83	3	16	20	3	23	35	21
25	„ Katzenstein	116	51	65	6	8	7	4	27	32	32
27 a	„ Thiergardt	100	36	64	9	15	20	2	24	18	12
27 b	„ Thiergardt	41	14	27	2	5	8	3	3	8	12
28	„ Thiergardt	221	84	138	14	42	49	3	51	36	26
30	„ Tassius . .	117	47	70	14	18	18	10	37	8	12
31 a	„ Heimann .	75	31	44	5	14	12	2	22	11	9
31 b	„ Heimann .	71	21	50	8	5	6	1	27	11	13
32 a	„ Tassius . .	35	8	27	—	2	1	1	6	15	10
32 b	„ Tassius . .	28	8	20	4	5	5	—	7	6	1
33	„ Seckbach .	113	30	83	12	6	14	3	30	23	25
34	„ Löwenthal	92	45	47	6	9	26	2	18	20	11
35 a	„ Debold . .	99	37	62	9	14	14	1	18	20	23
35 b	„ Löwenthal	76	38	38	14	12	7	—	13	21	9
36	„ Debold . .	200	87	113	16	35	21	2	42	59	25
37	„ Gottfried .	129	58	71	12	27	28	2	19	20	21
38	„ Einsiedel .	80	27	53	4	7	22	—	11	20	16
39	„ Weilhammer	23	7	16	1	4	7	—	6	2	3
		5139	1964	3175	324	591	715	80	1267	1266	896

*) Siehe Planskizze Seite 202.

nach Geschlecht, Alter, Zugang und Ausgang.

Zugang		Ausgang							Ohne nähere Angaben
von 1905	neu	geheilt	ungeheilt	verzogen	in ein Hospital	gestorben	nicht behand	verbleiben	
24	311	156	120	—	51	6	—	2	—
26	74	61	1	1	28	2	7	—	—
13	254	75	106	—	73	9	—	3	—
31	229	144	9	9	55	6	12	25	—
8	171	33	29	3	77	—	32	5	—
12	182	63	19	11	47	2	43	9	—
36	54	20	2	13	17	—	—	38	—
5	90	23	16	5	23	1	22	5	—
13	87	38	—	6	40	2	3	11	—
7	111	17	25	1	61	2	10	2	—
6	111	48	8	13	31	—	14	1	—
27	55	47	1	3	26	—	4	1	—
27	44	23	—	11	10	1	5	21	—
7	75	16	25	2	19	2	10	8	—
1	69	20	9	5	11	1	8	6	—
6	89	36	12	3	26	5	13	2	—
4	114	35	24	4	28	3	18	6	—
22	277	127	22	7	68	2	43	30	—
11	93	41	26	—	21	4	8	4	—
5	85	43	7	3	19	2	11	5	—
10	100	37	12	8	22	2	19	10	—
3	74	35	6	3	18	2	1	12	—
5	75	40	5	3	20	1	3	8	—
6	51	38	15	—	3	1	—	—	—
10	90	29	18	2	29	—	16	6	—
11	53	22	2	4	10	1	8	17	—
11	48	15	7	1	11	1	10	14	—
29	92	54	3	8	17	5	4	30	—
16	100	62	2	2	26	5	8	11	—
1	99	71	18	—	5	6	—	—	—
—	41	25	14	—	2	—	—	—	—
43	178	106	84	—	24	7	—	—	—
11	106	54	30	—	31	2	—	—	—
2	73	30	—	—	28	1	12	4	—
2	69	23	—	1	27	3	13	4	—
10	25	10	13	—	12	—	—	—	—
5	23	15	8	—	3	2	—	—	—
8	105	37	4	—	42	5	20	5	—
1	91	25	13	2	37	4	8	3	—
—	99	59	5	1	27	2	8	2	—
—	76	27	3	—	34	3	8	1	—
1	199	116	10	—	49	8	16	1	—
—	129	43	17	—	36	2	24	7	—
3	77	22	6	—	43	1	4	4	—
6	17	17	—	—	3	3	—	—	—
485	4654	2080	755	134	1291	115	438	323	—

Ausser den männlichen Mitgliedern arbeiten seit Februar 1906 2 Damen im Armenamt mit, welche laut Beschluss der Stadtverordnetenversammlung vom 7. Februar auf die Dauer von 2 Jahren zu Mitgliedern des Armenamtes gewählt worden sind. Frankfurt ist hiermit die erste preussische Stadt, in welcher von dem gesetzlichen Rechte, Frauen zu stimmberechtigten Mitgliedern des Armenamtes heranzuziehen, tatsächlich Gebrauch gemacht worden ist. Es ist hier seit Jahren auf die Heranziehung der Frauen zur Armenpflege der grösste Wert gelegt worden, so dass auch die Zahl der in Frankfurt als Waisen- und Armenpflegerinnen beschäftigten Frauen grösser ist als in irgend einer anderen Stadt Preussens. Zur Regelung der Tätigkeit der Frauen der Armenpflege wurden zur Armenordnung folgende Ausführungsbestimmungen erlassen.

1. Die Armen- und Waisenpflegerinnen haben, so lang sie das Amt versehen, alle Rechte und Pflichten der in der Armenverwaltung tätigen Ehrenbeamten; lediglich kann ihnen das Amt als Waisenpflegerin gemäss § 2 des Artikels 77 des preussischen A. G. zum B. G. B. nur widerruflich verliehen werden. Die Armenvorsteher sind hiernach nicht berechtigt, die Armen- und Waisenpflegerinnen ganz nach eigenem Belieben an der Arbeit der Armenverwaltung zu beteiligen, sondern sie müssen den Frauen Zutritt zu den Sitzungen gestatten und müssen die für die Frauentätigkeit geeigneten Fälle ihnen zuweisen. Ausgenommen hiervon sind indes diejenigen Fälle, die der zuständige Armenpfleger selbst, insbesondere mit Hilfe seiner Frau, zu behandeln wünscht; auch ist Rücksicht darauf zu nehmen, dass die Arbeitskraft der Armenpflegerinnen ebensowenig wie die der Armenpfleger in einer mit ihren sonstigen Aufgaben im Haus und Beruf unvereinbaren Weise in Anspruch genommen werden kann.
2. Die Armenpflegerinnen sind zur regelmässigen Teilnahme an den Sitzungen wie berechtigt, so auch verpflichtet, und sind ebenso verpflichtet, die ihnen überwiesenen oder freiwillig übernommenen Arbeiten in der Armen- und Waisenpflege den bestehenden Vorschriften gemäss und mit der einem geordneten Geschäftsgang entsprechenden Pünktlichkeit zu versehen.

3. Die Vorsteher, welche die Tätigkeit der Frauen hauptsächlich für die Kinder- und Waisenpflege nutzbar machen wollen, müssen die Mündelkarten über die Mündel, deren Verhältnisse zu prüfen sind, den Waisenpflegerinnen so rasch als möglich nach Empfang, spätestens aber in der nächsten Armenbezirkssitzung zugehen lassen. Die Armenpflegerinnen haben die Verpflichtung, ihrerseits die notwendigen Feststellungen gleichfalls so rasch als möglich und spätestens bis zur nächsten Armenbezirkssitzung zu machen und dem Armenbezirksvorsteher spätestens in der nächsten Armenbezirkssitzung zu berichten. Ob sie bei Prüfung der Verhältnisse der ihnen zugewiesenen Armen und Kinder sich auf einmaligen Besuch beschränken oder die Familie in regelmässige Ueberwachung übernehmen wollen, hängt von der Lage des Falles ab. Regelmässige Ueberwachung ist zu vermeiden, wo sie den Umständen nach unnötig scheint

Die Bestimmungen entsprechen lediglich der seit Jahren bestehenden Uebung. Allerdings vermögen sie nicht die Schwierigkeiten zu beseitigen, die entstehen, wenn in einzelnen Fällen verdiente Armenvorsteher und Bezirksvorsteher ihren Widerspruch gegen die Mitarbeit der Frauen dadurch betätigen, dass sie die Frauen nicht beschäftigen.

Die zunehmende Steigerung der Unterstützungen führte naturgemäss zu einer starken Vermehrung der Bureaugeschäfte des Waisen- und Armenamtes (Feststellung des Unterstützungswohnsitzes, der Ersatzforderungen usw.), liess die Einführung genauerer Kontrollvorrichtungen für die offene Armenpflege durch Anstellung besonderer Kontrollbeamter erwünscht erscheinen.

Das ehrenamtliche Prinzip der Armenpflege, der unmittelbare Verkehr der ehrenamtlichen Pfleger und Pflegerinnen mit den Unterstützten, die Möglichkeit für die Armenbezirke, jede ihnen erforderlich scheinende Massregel des Kinderschutzes, der Wohnungsfürsorge, der Kranken- und Hauspflege unmittelbar zu beantragen, soll aufrecht erhalten werden. Zugleich soll aber die Kontrolle des einzelnen Falles in einer, den seit Einführung der Armenordnung 1881 veränderten Verhältnissen gemässen Weise verstärkt bezw. wieder ebenso gestaltet werden, wie sie damals, als die Bevölkerung der Stadt etwa den dritten Teil der heutigen betrug, gedacht war. Bewährt sich diese Hoffnung, so wird die Zahl dieser

Beamten zu vermehren und die Zusammenfassung der Armenbezirke eines Stadtbezirks zu Armenkreisen organisch zu regeln sein. Es werden zunächst 2 Beamte als Kontrollbeamte, oder wie sie auf Grund eines Beschlusses des Armenamts vom 18. März 1907 bezeichnet werden, Armenbezirksbeamte angestellt. Auf Grund eines vom Armenamt am 6. Oktober dem Magistrat erstatteten Berichts über die Tätigkeit der neu ernannten Beamten wurde das Armenamt durch Beschluss des Magistrats vom 19. Oktober Nr. 2209 ermächtigt, 2 weitere Beamte im Kontrolldienst zu beschäftigen. Es ist somit ein weiterer Schritt getan worden, um die ehrenamtlichen Armenvorsteher und die Armenpfleger nicht der Verantwortlichkeit zu entheben, wohl aber zu unterstützen und zur besseren und leichteren Handhabung des Amts instand zu setzen. Das nächste, was in dieser Richtung noch zu geschehen hat, wird die Uebernahme eines Teils der kleinen Pflegschaften und Vormundschaften auf Beamte des Armenamts sein, um auf diese Art die ehrenamtliche Tätigkeit von Geschäften zu entlasten, die besser und schneller bureaumässig erledigt werden.

Die Tätigkeit des Stadtarztes erstreckte sich in Schulangelegenheiten auf alle Fragen der Schulhygiene sowohl der Schulgebäude und der Schuleinrichtungen, wie auf die personellen Verhältnisse mit Ausnahme derjenigen der Schulkinder, für deren Begutachtung 22 Schulärzte amtierten.

Schulärzte. Im Berichtsjahre amtierten 22 Schulärzte. Ein Schularzt wurde am 1. April 1906 neu gewählt, weil die Zahl der Schulkinder entsprechend gestiegen war. Ein Schularzt gab seine Stelle auf, weil er aus Frankfurt a. M. verzog. Die Stelle blieb bis 1. April 1907 unbesetzt.

Es wurden von den neueintretenden Kindern in Mittelschulen 937 und in Bürgerschulen 4542 schulärztlich untersucht. Hinsichtlich des Gesundheitszustandes ergab sich folgendes:

Bei der Aufnahmeuntersuchung in Mittelschulen festgestellte Krankheiten.

1. Allgemeine Erkrankungen		181
Skrofulose	40	
Rachitis	73	
Anämie	64	
Sonstiges	4	
2. Erkrankungen innerer Organe		103
der Brustorgane	30	
der Bauchorgane (darunter Brüche) . .	49 (31)	
des Nervensystems	24	
3. Chronische Hautkrankheiten		9
4. Sehstörungen		45
5. Gehörstörungen		29
6. Sprachstörungen (darunter adenoide Wucherungen)		104 (91)
7. Wirbelverkrümmungen		19
8. Sonstiges		152

Bei der Aufnahmeuntersuchung in Bürgerschulen festgestellte Krankheiten.

1. Allgemeine Erkrankungen		1250
Skrofulose	330	
Rachitis	551	
Anämie	306	
Sonstiges	63	
2. Erkrankungen innerer Organe		527
der Brustorgane	292	
der Bauchorgane (darunter Brüche) . .	133 (116)	
des Nervensystems	102	
3. Chronische Hautkrankheiten		124
4. Sehstörungen		289
5. Gehörstörungen		197
6. Sprachstörungen (darunter adenoide Wucherungen)		609 (453)
7. Wirbelverkrümmungen		208
8. Sonstiges		601

Ueber die allgemeine Konstitution, die Grösse, das Körpergewicht der Schulanfänger gibt die folgende Tabelle Auskunft:

Ergebnisse der

a) Mittel-

Schule	Zahl der Untersuchten		Hausärztliche Atteste		Grösse					
					Mittlere cm		Maximum cm		Minimum cm	
	Kn.	M.	Kn.	M.	Kn.	M.	Kn.	M.	Kn.	M.
Bethmann-Mittelschule . . .	48	44	—	1	116,36	115,87	126	132	106	102
Bornheimer Mittelschule. .	89	37	3	5	120,4	121,4	131	129	107	111
Deutschherren-Mittelschule	44	43	2	—	117,67	116,9	127,5	132	106	103,5
Fürstenberger Mittelschule	—	62	—	—	—	117	—	129	—	107
Ostend-Mittelschule	97	36	—	—	114	112,5	128	127	96	94
Souchay-Mittelschule	50	77	—	10	116,16	116,25	126,5	130	106,5	107
Westend-Mittelschule	132	43	5	1	117,7	116,2	135	127,5	106	103
Bockenheimer Mittelschule	—	44	—	1	—	118	—	129	—	110
Peters-Mittelschule.	—	63	—	6	—	116	—	127	—	104
Engl. Fräulein-Mittelschule	—	28	—	3	—	116	—	129	—	110
	460	477	10	27	116,8	116,4	129	129,1	104,6	105,1
	937		37							

b) Bürger-

Schule	Kn.	M.	Kn.	M.	Kn.	M.	Kn.	M.	Kn.	M.
Allerheiligenschule	50	—	—	—	110,25	—	123,5	—	100	—
Annaschule	—	114	—	—	—	108	—	124	—	92
Battonnschule.	118	—	—	—	110,9	—	125	—	91	—
Bonifaziusschule	55	60	—	—	110	113	120	125	100	101
Brentanoschule	53	42	—	—	113	118,6	122	126	100	103
Comeniusschule	—	162	—	—	—	113,8	—	132	—	99
Dahlmannschule	105	98	1	—	111,5	115,7	127	127	98,5	101
Dom- u. Rosenbergerschule	57	55	—	—	113	112	127	127	103	102
Dreikönigsschule.	—	57	—	—	—	116,5	—	130	—	106
Ev. Knabenschule Oberrad	52	—	—	—	111,8	—	128	—	103	—
Ev. Mädchenschule Oberrad	18	91	—	—	113	113,8	123	122	105	101
Franckeschule.	102	—	—	—	113	—	124	—	103	—
„ Ueberklasse	153	—	—	—	114,6	—	126	—	100	—
Frankensteinerschule.	45	54	—	—	114	112,5	126	122	94	90
Frauenhofschule	55	48	—	—	113,5	113,1	125	127	104	102
Fröbelschule	50	54	—	—	114	113	128	125	105	92
Gellertschule.	131	—	—	—	114	—	124	—	101	—
Glauburgschule.	50	60	—	—	114,1	114,4	127	125	99	101
Günderrodeschule	56	48	—	—	111	112	123	124	99	99
Günthersburgschule.	200	—	—	—	115,7	—	129	—	98	—
Gutleutschule	53	57	—	—	113,6	113,8	126	125	95	100
Hellerhof-Rebstöckerschule	85	88	—	—	114,5	114,2	124	127	108	105
Hölderlinschule(Hilfsschule)	35	25	—	—	108,5	108	117	121	99	95
Karmeliterschule	86	93	—	1	113·7	112,6	127	125	100	92
Oberrader kath. Schule. . .	21	26	—	—	110	111	120	126	99	98
Katharinenschule	—	52	—	1	—	112,6	—	124	—	99
Kirchnerschule	60	54	—	—	114,1	112,6	128	131	102.5	102
Lersnerschule	42	71	6	16	105	110	123,5	121	114	104

Erstuntersuchungen.

schulen.

Gewicht						Konstitution					
Mittleres kg		Maximum kg		Minimum kg		gut		mittel		schlecht	
Kn.	M.	Kn	M.	Kn.	M.	Kn.	M.	Kn.	M.	Kn.	M.
23,7	21,7	28,5	28,5	19	17	8	16	40	28	—	—
23,1	22,9	28	28,5	18,2	20	44	14	44	23	1	—
21,7	22,1	30	28,4	18	17	26	16	18	26	—	1
—	21,4	—	28,5	—	17	—	34	—	28	—	—
20,5	20	25,5	25	16,5	15,2	54	22	42	14	1	—
21,3	20,8	29	27	16	16	38	65	9	22	3	—
21,8	19,9	29,5	25	18	14	98	30	38	9	—	—
—	22	—	28	—	17,5	—	35	—	10	—	—
—	20,5	—	25,5	—	16,5	—	23	—	40	—	—
—	20,9	—	27,5	—	18	—	25	—	6	—	—
22	21,2	28,4	27,2	17,6	16,8	268	280	191	206	5	1
						58,3 %	58,7 %	41,5 %	43,2 %	1 %	0,2 %
						58,4 %		41 %		0,6 %	

schulen.

Mittleres Kn.	Mittleres M.	Maximum Kn	Maximum M.	Minimum Kn.	Minimum M.	gut Kn.	gut M.	mittel Kn.	mittel M.	schlecht Kn.	schlecht M.
20,6	—	25,8	—	17	—	11	—	39	—	—	—
—	19,5	—	26	—	13	—	29	—	71	—	14
19,8	—	25	—	15,5	—	14	—	83	—	21	—
21	20,2	25	23,2	17	17,2	9	17	43	4	3	2
20	19,9	25,5	26,5	16	16	24	12	28	29	1	1
—	20,6	—	32,5	—	14,2	—	22	—	133	—	7
19,1	21,9	24,5	25,5	15,6	15	62	65	28	23	—	—
19	20	27	24,5	16	16	26	21	30	33	1	1
—	22	—	27,5	—	17,5	—	33	—	24	—	—
20,8	—	28	—	15	—	37	—	15	—	—	—
21,5	19,7	24,7	25,5	18	15	7	48	11	43	—	—
20,2	—	25	—	16	—	56	—	35	—	11	—
20,5	—	26,5	—	16	—	73	—	70	—	10	—
19	22	28,5	29,5	17	19	31	20	13	32	1	2
21,1	20,2	27,5	24,3	17,9	15,8	22	23	33	23	—	2
18,6	20,1	24,5	27	16,8	14,8	16	10	33	42	1	2
21,6	—	26,7	—	16,3	—	25	—	104	—	2	—
21	18,6	27,8	26,3	16,5	16,2	6	12	43	47	1	1
18,5	19,5	23	23	14	16	18	17	38	27	—	4
21,9	—	30	—	16	—	20	—	173	—	7	—
20,9	20,2	26,8	25	14	16	30	34	21	23	2	—
20,6	20,2	26,4	27	16,7	16,5	22	17	63	70	—	1
19	18,8	23,3	23,3	15,6	14,8	14	7	15	16	6	3
20,1	19,3	27,2	25	15,5	14	51	52	31	37	4	4
20,6	19,6	29,5	24	16,5	15	7	9	14	17	—	—
—	19,8	—	26,2	—	14	—	16	—	35	—	2
20,7	19,6	28,5	26,5	16	15,5	6	6	53	48	1	—
17,8	19,8	23	22,5	15	14,5	5	3	33	60	6	8

Schule	Zahl der Untersuchten		Hausärztliche Atteste		Grösse					
					Mittlere cm		Maximum cm		Minimum cm	
	Kn.	M.	Kn.	M.	Kn.	M.	Kn.	M.	Kn.	M.
Liebfrauenschule	—	129	—	4	—	114,7	—	125	—	95
Merianschule	54	54	—	—	114,5	112,7	125	131	104	96
Mühlbergschule	51	52	—	1	119	120,5	130	135	108	106
Niederrader evgl. Schule. .	37	50	—	—	112	114,6	124	130	98	95
Pestalozzischule	88	54	—	—	113,6	109,5	126	120	98	100
Schwarzburgschule......	53	51	—	—	115,2	113,8	129	125	96	100
Seckbacher Schule	22	22	—	1	114,8	112,9	122	122	113	103
Sophienschule	—	93	—	—	—	114,9	—	127	—	96
Uhlandschule	50	51	—	—	113	112,5	123	123	102	98,5
Varrentrappschule	95	62	—	—	112	112,5	129	125	95	93
Wallschule	—	106	—	—	—	115,6	—	132	—	100
Weissfrauenschule	57	—	1	—	119	—	134	—	107	—
Wiesenhüttensch.Hilfssch. .	29	24	—	—	110	111	121	125	99	101
Willemerschule	59	58	—	—	114	117	127	128	100	96
	2327	2215	8	24	113,3	113,2	125,2	126	101,2	98,9
	4542		32							

Der Gesundheitszustand der Kinder war allgemein ein von den Schulärzten folgende Krankheiten beobachtet:

Mittelschulen.

Krankheiten	Klasse															
	VIII K.	VIII M.	VII K.	VII M.	VI K.	VI M.	V K.	V M.	IV K.	IV M.	III K.	III M.	II K.	II M.	I K.	I M.
1. Allg. Erkrankungen:																
Skrophulose	4	7	7	9	13	4	9	1	6	1	12	1	6	3	1	—
Rachitis	1	—	5	5	12	2	10	—	8	—	6	—	5	—	4	—
Anämie	4	7	6	18	16	17	21	18	14	18	7	25	8	19	3	15
Sonstige	1	7	5	3	8	1	7	—	7	2	5	—	3	—	2	—
2. Erkrankungen innerer Organe:																
der Brustorgane ...	4	7	19	30	61	11	40	16	57	10	42	11	29	5	33	5
„ Bauchorgane ...	2	3	5	8	15	10	7	11	15	4	6	—	8	—	6	1
des Nervensystems ...	1	2	4	6	8	9	2	8	7	1	6	4	3	3	5	—
3. Chron. Hautleiden ...	—	1	4	7	5	2	3	3	7	2	4	1	5	1	—	1
4. a) Sehstörungen ...	2	6	9	9	11	19	10	13	15	20	13	22	12	15	5	14
b) Augenentzündungen .	1	—	2	9	4	8	3	9	7	8	3	13	3	2	1	—
5. Hörstörungen	—	2	5	7	5	9	10	6	7	4	4	6	4	2	2	1
6. Sprachstörungen ...	1	13	4	12	3	10	5	3	2	4	1	2	2	—	1	—
7. Wirbelverkrümmung ..	—	—	1	—	2	2	3	2	—	2	2	1	2	2	1	2
8. Sonstige	1	3	12	7	16	—	13	6	14	12	8	—	10	—	8	—
9. Geistig schwach ...	6	2	1	2	2	2	2	—	2	—	3	—	—	—	—	—

Gewicht						Konstitution					
Mittleres kg		Maximum kg		Minimum kg		gut		mittel		schlecht	
Kn.	M.	Kn.	M	Kn.	M.	Kn.	M.	Kn.	M.	Kn.	M.
—	27,5	—	24,5	—	15,2	—	53	—	69	—	7
21,8	20,7	29	29	16,1	16	16	15	35	32	3	7
24	28,5	30	37	18	20	21	31	29	21	1	—
20	21,3	23	28	16	14	14	22	22	26	1	2
20,8	19,5	28	25,5	15	16,5	43	29	40	23	5	2
20,9	19,9	28,5	26	16	16,5	10	4	43	47	—	—
20,2	19,2	24	23,5	18	14,5	1	2	21	18	—	3
—	20,2	—	30	—	15	—	56	—	19	—	18
21,5	17,5	24	24,5	17	14,5	21	18	26	30	3	3
19,8	19,2	26	24,5	15,5	14	54	34	39	27	2	1
—	19,1	—	29,6	—	15,5	—	30	—	75	—	1
20	—	22,6	—	18,5	—	19	—	37	—	1	—
19,8	19,5	25,3	24,1	15,5	14,8	6	4	20	15	3	5
21,7	21,2	26,8	26,8	16,8	15,5	14	26	37	26	8	6
20,3	20,4	26,2	26,5	16,5	15,5	809 35,1%	797 35,9%	1398 60%	1265 61,3%	105 4,5%	107 4,7%
						35,5%		60,5%		4,6%	

guter; besondere Epidemien kamen nicht vor. Es wurden

Bürgerschulen.

Krankheiten	Klasse														
	VIII K.	VIII M.	VII K.	VII M.	VI K.	VI M.	V K.	V M.	IV K.	IV M.	III K.	III M.	II K.	II M.	I K.	I M.
1. Allgem. Erkrankungen:																
Skrophulose	7	17	20	33	29	39	21	28	20	29	14	13	13	22	24	34
Rachitis	12	21	23	27	15	21	14	17	14	16	14	10	15	6	27	4
Anämie	6	20	21	43	30	44	20	67	25	55	12	63	33	76	24	74
Sonstige	13	15	13	27	13	23	20	22	14	22	17	20	13	18	10	12
2. Erkrankungen innerer Organe:	19	20	39	28	50	37	46	38	48	41	38	34	41	32	51	37
der Brustorgane . . .	8	10	37	42	38	41	34	28	44	32	32	35	55	40	68	64
„ Bauchorgane . . .	11	7	24	9	32	17	27	16	26	13	22	28	21	9	44	13
des Nervensystems . . .	10	16	14	13	7	17	12	14	12	18	8	7	16	13	11	2
3. Chron. Hautleiden . . .	26	26	31	45	22	70	21	67	34	29	16	51	8	34	6	9
4. a) Sehstörungen . . .	13	20	47	36	53	55	56	52	36	78	28	56	22	51	25	36
b) Augenentzündungen .	9	17	21	39	13	33	19	24	20	25	13	14	4	14	8	6
5. Hörstörungen	13	19	24	30	34	26	29	35	32	39	35	18	22	14	14	6
6. Sprachstörungen . . .	5	9	19	22	34	17	17	18	15	10	8	12	8	12	14	4
7. Wirbelverkrümmung . .	1	8	19	12	9	16	11	12	10	7	13	9	7	15	19	17
8. Sonstige	55	79	90	92	89	115	72	128	90	68	73	106	69	81	41	54
9. Geistig schwach . . .	26	21	21	13	6	6	5	10	4	8	3	1	4	1	2	1

Es starben 40 Kinder in den Bürgerschulen, und zwar 19 Knaben und 21 Mädchen. Als Todesursache wurde 2mal Gehirnhautentzündung, 4mal Tuberkulose, 3mal Ertrinken, 5mal Unglücksfall, 1mal Brandwunde, 1mal Gelbsucht, 1mal Herzleiden, 5mal Blinddarmentzündung, 2mal Lungenentzündung, 1mal Bauchfellentzündung, 4mal Diphtherie, 2mal Lungenkatarrh, 2mal Hirnschlag, 3mal Scharlach festgestellt, und 4mal war die Todesursache unbekannt.

In den Mittelschulen starben 9 Kinder, 3 Knaben und 6 Mädchen, und zwar war die Todesursache 1mal Herzfehler, 1mal Diphtherie, 1mal Zuckerkrankheit, 1mal Scharlach, 1mal Blinddarmentzündung, 1mal Masern, 2mal Gehirnhautentzündung, und 1mal war die Todesursache unbekannt.

Erstmalig wurde in diesem Jahre eine Schlussuntersuchung der abgehenden Kinder vorgenommen, wobei besonders auch die hygienischen Verhältnisse des Berufes den Schülern gegenüber vom Schularzt erwähnt wurden.

Es ist zu hoffen, dass bei gehöriger Berücksichtigung der Ratschläge eine Reihe der Berufs- und Gewerbekrankheiten werden vermieden werden und dass wenigstens einige Kinder von Berufsarten zurückgehalten werden, in denen sie wegen ihrer körperlichen oder psychischen Eigenschaften ungewöhnlich gefährdet sind.

Ein Heilkursus für stotternde Schulkinder fand in der Zeit vom 12. Juni bis 17. Dezember unter Leitung des Herrn Rektors Bleher in 4 Abteilungen statt, die von den Lehrern Herren Kauferstein, Schneider, Weber und Will geführt wurden. Die Abteilungen waren in den Gebäuden der Hölderlinschule, Kirchnerschule, Wiesenhüttenschule und in dem ehemaligen Gebäude der Hilfsschule in der Predigerstrasse untergebracht. Es nahmen 48 Knaben und Mädchen aus hiesigen Mittel- und Bürgerschulen teil. Der Erfolg war durchaus befriedigend. 24 Kinder konnten als geheilt, 15 als sehr gebessert, 6 als gebessert und nur 3 mussten als wenig gebessert bezeichnet werden.

Die Teilnahme an den Turnspielen erstreckte sich bei Knaben, wie bisher, auf die Schüler der höheren Schulen vom vierten, der Mittel- und Bürgerschulen vom dritten Schuljahre an (363 Klassen). Von 14373 Schülern nahmen 7753 teil = 53,9 %. Diese spielten in 119 Abteilungen unter Leitung von ebensovielen Lehrern. Als Spielplätze dienten für 110 Abteilungen mit 7220 Spielern die allgemeinen Spielplätze, die übrigen Abteilungen benutzten die Schulhöfe.

Jede Schule spielte wöchentlich einmal. Die Beteiligung betrug durchschnittlich 81,3 % der Gesamtzahl der spielenden Schüler.

Für die Schüler der höheren Schulen wurde am 19. September ein Wetturnen für Schüler über 16 Jahre und für solche unter 16 Jahren abgehalten. Es beteiligten sich daran 118 Schüler. Preise erhielten 49 Schüler.

Für die Schüler der Mittel- und Bürgerschulen wurde am 21. September ein Wetturnen veranstaltet. Es beteiligten sich daran 298 Schüler, von denen 84 den Mittelschulen und 214 den Bürgerschulen angehörten. Von den teilnehmenden Knaben erhielten 136 einen Preis, wovon auf die Knaben der Mittelschulen 39 und auf die der Bürgerschulen 97 entfielen.

Die üblichen Schlagball-Wettspiele fanden im August und September sowohl für die höheren Schulen, und zwar getrennt für die Mittel- und Oberklassen, als auch für die Mittel- und Bürgerschulen statt. Für die Sieger besteht ein Wanderpreis. Es fanden als Wettspiele mehrerer Schulen gegeneinander noch Eilboten-Wettläufe statt.

Aus den Mädchenschulen spielten 4116 Schülerinnen von 34 Schulen in 63 Abteilungen unter Leitung je einer Lehrerin; 50 Abteilungen spielten auf den Spielplätzen, die übrigen auf den Schulhöfen. Die durchschnittliche Teilnahme betrug 79 % der Schülerinnen.

Für die Mädchenschulen wurden zum erstenmal Wettspiele im Schlagball mit Freistätten und Tamburinball angeordnet.

Baden und Schwimmen der Schulkinder im Main.

a) Knaben. Es wurden, wie in den Vorjahren, die Knaben der vier letzten Schuljahre der Mittel- und Bürgerschulen zur Teilnahme aufgefordert. Von 6832 Schülern meldeten sich 5071 = 74,22 %. Aus diesen wurden 93 Abteilungen gebildet. Die Aufsichtführung wurde ebensovielen Lehrern übertragen. Jede Abteilung badete wöchentlich dreimal. Die durchschnittliche Teilnahme betrug 75,67 % der Angemeldeten. Es haben nur gebadet 1067, es konnten frei schwimmen 1538, es erhielten Schwimmunterricht 2396; von den letzteren lernten frei schwimmen 1155 = 47,37 %. Von den im Schuljahr 1906 von den Mittel- und Bürgerschulen aus der Schulpflicht entlassenen 1662 Schülern haben sich am Baden beteiligt und Schwimmunterricht erhalten 1231. Hiervon haben das Schwimmen erlernt 992 = 80,58 %.

b) Mädchen. Von insgesamt 5632 Schülerinnen der Oberklassen meldeten sich 3086 = 54,97 %. Dieselben badeten in 55 Abteilungen wöchentlich je dreimal unter Aufsicht von ebensovielen Lehrerinnen. Die Teilnahme betrug im Durchschnitt 69,67 %. Es haben nur gebadet 580, es konnten schon schwimmen 757, es erhielten Schwimmunterricht 1749, von den letzteren lernten frei schwimmen 845 = 48,31 %. Von den im Schuljahr 1906 von den Mittel- und Bürgerschulen aus der Schulpflicht entlassenen 1907 Mädchen haben 691 am Baden und Schwimmen teilgenommen. Von diesen haben 539 = 78 % das Schwimmen erlernt.

Für die Schüler der Bockenheimer Schulen wurde Badegelegenheit in der Nidda geschaffen.

In den Brausebädern der Bürgerschulen wurden im ganzen 158248 Bäder an Knaben und 86981 Bäder an Mädchen abgegeben. Der Wasserverbrauch belief sich nach den Messungen des Tiefbauamts auf 7865 cbm, mithin auf 32,07 Liter für ein Bad.

Die Frage der Errichtung von sogenannten Waldschulen wurde mehrfach zum Gegenstand eingehender Beratungen gemacht, jedoch hat eine feste Entschliessung noch nicht stattgefunden.

Dem Verein zur Beschaffung von warmen Frühstück für arme Schulkinder wurde von der Stadt ein Zuschuss von 3000 M. bewilligt. Der Verein verabreicht Milch und Brot unentgeltlich an die Kinder, deren Eltern nicht in der Lage sind, denselben ein warmes Frühstück zu beschaffen, und an solche Kinder, für deren Gesundheitszustand ein solches Frühstück nach ärztlichem Gutachten förderlich ist.

In einer Anzahl von Schulen wird Milch gegen Entgelt verabreicht: es wird von dieser Einrichtung starker Gebrauch gemacht.

Mitteilungen des Kreisarztes Dr. E. Fromm.

I. Aerzte.

Zu Beginn des Jahres waren 378 Aerzte anwesend. Von diesen starben 2 und 25 verzogen, während 47 dazu kamen, sodass am Schlusse des Jahres 398 Aerzte anwesend waren. Unter diesen befanden sich 5 Aerztinnen, 52 waren Assistenten. Nach Abzug der 5 nicht mehr praktizierenden Aerzte verbleiben 393, es kommen somit auf einen Arzt 808 Einwohner, oder auf 1000 Einwohner 1,23 Aerzte.

II. Infektionskrankheiten.

	Cholera	Pocken	Fleck-typhus	Unter-leibstyph	Masern	Scharlach	Diph-therie	Kindbett-fieber	Genick-starre	Lungen-tuberkulose	Influenza	Keuch-husten
Krankheitsfälle . . .	—	—	—	41	—	422	377	21	4	—	—	—
Todesfälle .	—	—	—	12	25	13	16	9	2	712	8	62

I. Influenza.

Es kamen 8 Todesfälle (2 M. 6 Fr.) vor, gegen 20 im Vorjahre.

II. Typhus.

Die Zahl der gemeldeten Fälle betrug 59 gegen 77 im Vorjahre. Im weiteren Verlauf erwiesen sich 6 als andere Erkrankungen, wie Darmkatarrh, Miliartuberkulose, Lungenentzündung u. s. w., sodass 53 als Abdominaltyphus zur Beobachtung kamen.

Mit geringer Ausnahme wurde bei allen die Diagnose durch die Widalsche Reaktion und vielfach auch durch bakteriologische Untersuchung gesichert. In 2 Fällen wurde Paratyphus festgestellt.

Von den 53 verstarben 12, entsprechend einer Mortalität von 23 Proz., gegenüber der von 4 Proz. des Vorjahres, sodass 1906 der Typhus zwar um $^1/_4$ seltener, aber um das fünffache tödlicher auftrat als 1905.

In 21 Fällen liess sich mit Sicherheit die Infektionsquelle nach auswärts verlegen; so brachten vielfach die Sommerfrischler und Ferienreisende den Typhus mit, einigemal wurden auch auswärts erkrankte Personen zur weiteren Behandlung in hiesige Krankenhäuser aufgenommen.

Bei 3 Fällen war die gemeinsame Infektionsquelle in dem Genusse von Milch aus einer Molkerei zu finden, der bereits 1905 mehrfache Ansteckungen zur Last gelegt werden mussten. 3 Krankenpflegerinnen erkrankten bei der Pflege von Typhuspatienten, was Veranlassung gab, den Vorständen der Krankenhäuser erneut eine sorgfältige Unterweisung des Pflegepersonals zur Pflicht zu machen. Bei 3 Kindern, die zu gleicher Zeit gebadet hatten, liess sich eine andere Ursache als der Genuss von Mainwasser nicht nachweisen;

auch 2 Schiffer erkrankten durch den Genuss von Flusswasser. In einer Familie, in der sich 10 Personen in 2 Betten teilten, erkrankte ein Kind, das nacheinander Mutter und 3 Geschwister ansteckte — die Kinder genasen, die Mutter starb. Ihr Säugling, den sie noch während der ersten Krankheitstage gestillt hatte, blieb gesund. Bei dieser Familie wurde eine 14 tägige Quarantäne durchgeführt und von sämtlichen Personen mehrfach die Ausleerung bakteriologisch untersucht.

Von den Erkrankten waren 30 männlich und 23 weiblich. Unter den männlichen befanden sich 2 Bäcker und ein Milchhändler, die rohe Milch getrunken hatten, wie auch bei einer Reihe von weiblichen Personen, denen wegen Bleichsucht Milchgenuss empfohlen war, die rohe Milch als Ursache der Erkrankung angesehen war.

Nach ihrem Berufe lassen sich die Erkrankten einteilen in:

Bäcker — Milchburschen	3
Kellner	2
Kaufleute	7
Schiffer	2
Arbeiter	5
Hausfrauen—Töchter	11
Schulkinder	11
Verkäuferinnen	2
Krankenpflegepersonal	5
Dienstmädchen	5

Erkrankungen und Todesfälle an Typhus.

Alter	Jan.		Febr.		März		April		Mai		Juni		Juli		August		Sept.		Okt.		Nov.		Dez.		Summe	
	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben
1—5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	4	—	4	1
5—10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	2	—
10—15	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—	2	—	—	—	—	—	1	—	7	—
15—20	1	—	1	—	1	—	2	—	—	—	—	—	1	—	—	1	1	—	—	—	1	—	—	—	8	1
20—30	—	—	5	1	1	—	—	—	1	—	1	1	2	—	2	—	—	—	—	—	—	1	1	—	13	3
30—40	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	1	1	1	2	—	—	—	—	—	1	1	7	3
40—50	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2
50—60	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
über 60	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
	2	—	7	1	3	—	2	—	1	1	2	1	4	3	5	3	5	1	—	—	2	1	8	1	41	12

III. Diphtherie.

Zur Meldung kamen 377 Fälle von denen 16 tödlich verliefen, entsprechend einer Sterblichkeit von 4,2 Proz. gegenüber 7,4 Proz. des Vorjahres. Die Verteilung der Erkrankung auf die einzelnen Monate und das Alter lässt nachstehende Tabelle erkennen.

Alter	Jan.		Feb.		März		April		Mai		Juni		Juli		Aug.		Sept.		Okt.		Nov.		Dez.		Summe	
	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben
Unter 1 Jahr	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	1	—	—	—	2	1
1—5	14	2	14	4	10	2	10	1	5	—	6	1	7	1	12	—	17	—	15	—	18	—	7	1	135	12
6—15	10	1	7	—	7	—	19	—	12	—	16	—	4	1	12	—	26	—	15	—	16	—	27	—	171	2
16—20	2	—	6	—	1	—	1	1	7	—	—	—	3	—	1	—	—	—	2	—	3	—	3	—	29	1
21—30	1	—	1	—	1	—	4	—	3	—	2	—	1	—	1	—	2	—	1	—	—	—	4	—	21	—
über 30	1	—	3	—	4	—	1	—	3	—	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—	3	—	1	—	19	—
	28	3	31	4	23	2	35	2	30	—	24	1	15	2	29	1	46	—	33	—	41	—	42	1	377	16

IV. Scharlach.

Gemeldet wurden *422* Krankheitsfälle und 13 Todesfälle, was einer Sterblichkeit von 3,08 gegen 3,4 Proz. des Vorjahres entspricht.

Die Verteilung der Erkrankung auf die einzelnen Monate und Lebensalter ist aus nachstehender Tabelle ersichtlich.

Alter	Jan.		Feb.		März		April		Mai		Juni		Juli		Aug.		Sept.		Okt.		Nov.		Dez.		Summe	
	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben
Unter 1 Jahr	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—
1—5	19	—	10	—	5	—	16	—	9	2	5	1	9	—	14	—	13	1	9	—	16	1	11	—	136	5
6—15	15	—	19	—	9	—	21	—	18	—	13	—	16	—	14	—	18	—	25	2	40	4	30	—	230	7
16—20	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	3	—	1	—	9	—
21—30	4	—	1	—	1	—	3	—	4	—	1	—	1	—	1	1	1	—	3	—	—	—	—	—	20	1
über 30	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	5	—
	40	—	32	—	16	—	41	—	31	2	20	1	29	—	29	1	43	1	38	—	59	5	42	1	422	13

V. Masern.

Da Masern nicht mehr anzeigepflichtig sind, lassen sich genauere Angaben über die Häufigkeit nicht machen, doch konnte man aus den Berichten der Schulärzte und Rektoren entnehmen, dass zum Schluss des Jahres ziemlich zahlreiche Erkrankungen vorkamen. Standesamtlich wurden 25 Todesfälle bekannt (16 m., 9 w.), als direkte Todesursache wird zumeist eine anschliessende Pneumonie erwähnt.

VI. Keuchhusten.

Standesamtlich wurden 62 Todesfälle gemeldet (29 m., 33 w.) Es erlagen dieser Krankheit demnach genau soviel Personen wie an Scharlach, Diphtherie und Masen zusammen. In der Musterschule waren in einer Klasse von 44 Schülern 17 erkrankt; da diese Häufung in der letztén Schulwoche vor den Ferien auftrat, wurde die Schule einige Tage eher geschlossen und die Räume hinreichend desinfiziert und gelüftet.

VII. Kindbettfieber.

Von 28 gemeldeten Fällen erwiesen sich 7 im weiteren Verlauf als andere Erkrankungen wie Pneumonie, Nephritis, u. s. w., sodass im ganzen 21 Erkrankungen verblieben. Von diesen endeten 9 tötlich = 43 Proz. gegen 38 Proz. im Vorjahre.

Um die Häufigkeit des Kindbettfiebers im Stadtbezirk zu der Summe der Geburten zu berechnen, sind die drei Fälle, die von auswärts als krank hierher in Krankenhäuser gebracht wurden, abzuziehen, desgleichen auch die drei Erkrankungen nach Abort, da deren Gesamtzahl nicht bekannt ist und statistisch nicht verwertbar ist. Es stehen demnach 15 Kindbettfiebererkrankungen 9194 Geburten gegenüber, also 0,10 Proz. bezw. eine Sterblichkeit von 0,098 Proz.

VIII. Uebertragbare Tierkrankheiten.

Ein Arbeiter, der in einer Fellhandlung mit dem Sortieren von Fellen (griechische und russische Felle) beschäftigt war, erkrankte an Milzbrand, doch nahm die Erkrankung einen günstigen Verlauf.

Zu Anfang des Jahres wurden zwei Personen, ein Dienstmädchen und eine Prostituierte von einem tollwutkranken Hunde gebissen. Die Sektion des Hundes sowie die Untersuchung seines Hirnes bestätigte das Vorhandensein

der Tollwut. Beide Gebissene wurden sofort zur Behandlung in die Wutschutzabteilung des Hygienischen Instituts in Berlin geschickt und daselbst geimpft.

Nach ihrer Rückkehr wurden sie vom Kreisarzt ein Jahr lang beobachtet und Krankheitserscheinungen nicht bei ihnen bemerkt. Die Furcht vor den Bissen von tollwutverdächtigen Hunden hatte zur Folge, dass während der Hundesperre der Kreisarzt wie der Kreistierarzt recht häufig von Privatleuten zur Begutachtung etwaiger Biss- und Risswunden, die durch Hunde entstanden waren, aufgefordert wurden.

Ueber-

über die Zahl der in den Frankfurter Kranken-Anstalten ver-

Vom 1. Januar 1906 bis

1 Namen der Anstalt	2 Bettenzahl
Städt. Krankenhaus innere Abt.	297
„ „ äussere „	264
„ „ Hautkr. „	324
„ Siechenhaus	205
„ Krankenhaus Bockenheim	31
Frankensteiner Hof	110
Heiliggeisthospital, innere Abt.	182
„ äussere „	86
Bürgerhospital innere Abt.	66
„ äussere „	60
Hospital der Israelit. Gemeinde	75
Dr. Christs Kinderhospital	80
Neufvillesche Stiftung	20
Georgine Sara v. Rothschildsche Stiftung	19
Mathilde von Rothschildsches Kinderhospital	12
Clementine Mädchenspital	39
Carolinum	10
Dr. Bockenheimersche Klinik	119
Frankf. Verein v. roten Kreuz	50
Zweigverein des Vaterl. Frauen-Vereins	25
Diakonissen-Anstalt	60
Diakon.- u. Kranken-Heil-Anstalt des Bethanien-Vereins	32
Elisab.-Krankenhaus der barmh. Schwestern	83
Diakonissenheim Bockenheim	25
St. Josephs-Krankenhaus	34
Gumbertzsches Siechenhaus	35
Versorgungshaus	155
Jägersches Kindersiechenhaus	60
Privatklinik von Prof. Dr. Rehn	10
Städt. Entbindungsanstalt	28
Dr. Christsche u. v. Mühlensche Entb.-Anstalt	13
Privatfrauenklinik v. Prof. Dr. Sippel	12
Dr. Otto Neubürgers Entb.-Anstalt	8
„ Kallmorgens Frauenklinik	18
Städt. Irren-Anstalt	450
Dr. Dornblüths Sanat. f. Nervenkr.	12
„ Rosenbaums Sanat. f. israel. Nerven- und Gemütsleidende	25
Frankfurter Augenheilanstalt	21
Dr. Carls Augenklinik	24
Privatkl. v. Dr. Schild und Dr. Bär	4
„ f. Zuckerkranke u. diätetische Kuren	32
Genesungsstätte Hohenwald	32

sicht

pflegten Personen (Gesamtkrankenbewegung in den Hospitälern)
31. Dezember 1906

3	4	5	6	7	8	9	10
Namen der leitenden Ärzte	Bestand am 1. 1. 06	Zugang	Summe	Geheilt	Gebessert oder ungeheilt	Gestorben	Bleiben in Behandlung am 31. 12. 06
Direktor Prof. Dr. Lüthje	276	3626	3902	1507	1679	434	282
Oberarzt „ „ Rehn	145	2372	2517	1857	849	149	162
„ Dr. Herxheimer	253	3066	3319	1928	1142	25	224
„ „ Aug. Knoblauch	201	262	463	21	161	84	197
San.-Rat Dr. Daube	14	429	443	317	83	25	18
Dr. Arth. Heimann	39	476	515	335	142	—	38
Prof. Dr. Treupel	135	1567	1702	983	453	145	121
San.-Rat Dr. Harbordt	58	922	980	904		32	44
Dr. Streng	45	526	571	413		105	53
„ Ebenau	27	409	436	377		35	24
„ Kirchheim u. San.-R. Dr. Hirschberg	58	661	719	507	118	41	53
San.-Rat Dr. Glöckler	29	497	526	324	71	107	24
San.-Rat Dr. Glöckler, Dr. v. Mettenheimer u. Dr. Grossmann	20	248	268	174	47	28	19
Dr. Rosenbaum u. Dr. Gottschalk	14	198	212	167	22	7	16
Dr. Rosenbaum u. San.R. Dr. Pinner	11	54	65	53	2	—	10
San.-Rat Dr. J. de Bary u. Dr. A. de Bary	29	267	296	168	95	8	25
Dr. Oehler	4	106	110	98	—	8	4
Geh. San.-Rat Dr. Bockenheimer	106	1350	1456	698	551	95	112
*)	11	806	817	750	40	22	5
*)	12	359	371	275	72	17	7
San.-R. Dr. Roediger u. Dr. E. v. Meyer	36	629	665	557	48	25	35
*)	24	565	589	389	148	22	30
Dr. Rauch und Dr. Simon	65	922	987	426	454	41	66
„ Hanau	17	377	394	209	149	16	20
„ Hergenhahn und Dr. Brodnitz	31	472	503	342	95	28	38
„ Günzburg	32	10	42	2	—	6	34
San.-Rat Dr. Loretz	149	25	174	—	2	19	153
San.-Rat Dr. Roediger	54	52	106	25	7	29	45
Prof. Dr. Rehn	3	105	108	85	12	10	1
San.-Rat Dr. Vömel	18	644	662	624	16	1	21
„ „ „ Zimmern	8	285	293	284	1	1	7
Prof. Dr. Alb. Sippel	3	115	118	111	4	1	2
Dr. Otto Neubürger	6	190	196	190	2	—	4
„ Kallmorgen	1	118	119	101	17	1	—
	1. 4. 06						31. 3. 07
Dir. Dr. Sioli	447	1476	1923	29	1324	114	456
Dr. Otto Dornblüth	3	39	42	13	25	—	4
„ Rosenbaum	19	6	25	1	8	3	13
S.-R. Dr. Krüger, DDr. Schnaudigel u. Solm	1	175	176	151	15	—	10
San.-Rat Dr. Carl	17	391	408	330	61	—	17
Dr. Schild u. Dr. Bär	1	12	13	7	5	—	1
„ Lampe u. Prof. v. Noorden	11	276	287	71	203	7	6
„ Ed. Schenk	8	422	430	303	118	—	9
	2441	25507	27948	15259	8588	1691	

*) Zur Krankenbehandlung sind sämtliche Aerzte zugelassen.

Ueber-

über die in den Frankfurter Kranken-Anstalten vom 1. Januar 1906 bis

Namen der Krankheiten	Städt. Krankenhaus						Städt. Siechenhaus		Städt. Krankenhaus Bockenheim		Frankensteiner Hof (Krankenstation)		Heiliggeist-hospital				Bürger-hospital				Hospital der israelit. Gemeinde		Dr. Christ's Kinderhospital		Neuvilliesche Stiftung	
	Innere Abteilung		äussere Abteilung		Hautkr.-Abteilung								Innere Abteilung		äussere Abteilung		Innere Abteilung		äussere Abteilung							
	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13	
		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†
I. Infektionskrankheiten, Zoonosen und Schmarotzerkrankh.																										
1. Masern	125	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	-	16	—	—	—	—	—
2. Scharlach	130	6	—	—	—	—	-	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	10	—	2	—	—	—
4. Pocken	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	-	—	—	—	—	-	—	—	—	—	—
5. Windpocken	8	—	—		—	—	—	—	-	—	—	—	—	—	—	—	-	—	—	—	2	—	—	—	—	—
6. Rose	37	4	3		—	—	—	—	—	—	—	—	20	—	-	—	5	—	—	—	1	—	2	—	—	—
7. Diphtherie	103	9	1	-	—	—	—	-	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	17	—	66	3	—	—
8. Keuchhusten	91	19	—	—	—	—	-	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
9. Influenza	15	—	1	—	—	—	—	—	28	—	1	—	—	—	—	-	12	—	—	—	7	—	6	—	2	—
10. Blutvergiftung	10	8	—	-	—	—	—	—	—	-	—	—	6	3	—	-	2	2	—	—	3	—	2	2	—	—
11. Kindbettfieber	1	—	16	2	—	-	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	—	—	—	—
12. Starrkrampf	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
13. Typhus	28	3	—	—	—	—	—	-	1	—	—	—	7	—	—	—	1	-	—	-	7	—	—	—	2	1
15. Rückfallfieber	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	-	—	—
16. Ruhr	1	1	—	-	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
17. b) Cholera nostr.	29	14	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	-	—	—
19. Mumps	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	—	—	—	—	-	—	—	5	—	-	—	—	—
20. Genickstarre	4	2	—	—	—	-	—	—	-	—	—	—	—	—	—	—	—	—	-	—	-	—	—	-	1	—
21. Wechselfieber	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
22. Akuter Gelenkrheumatismus	103	1	—	—	—	—	2	—	17	—	3	—	108	—	—	—	24	—	—	—	9	—	2	—	3	—
23. Venerische Krankheiten:																										
A. Syphilis	13	1	6	1	584	7	1	1	2	—	-	—	8	—	—	-	4	1	1	—	-	—	4	1	2	1
B. Gonorrhoe	16	—	11	—	680		—	—	3	—	—		3	—	—	—	-	—	1	—	6	—	—	—	—	—
C. Weicher Schanker (Bubo)	2	—	12	-	303	-	—	—	2	-	—	—	—	—	—	—	-	-	6	—	—	—	—	—	—	—
D. Anderweitige venerische Krankheiten	7	1	—	—	305	—	-	—	-	—	—	—	—	-	-	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
25. Tuberkulose: a)—c) der Atmungsorgane	549	126	8	4	—	-	78	27	30	10	29	—	159	45	—	—	88	35	2	—	50	12	2	1	—	—

sicht

31. Dezember 1906 verpflegten Personen nach Krankheiten geordnet.

Georgine Sara von Rothschildsche Stiftung		Mathilde v. Rothschildsches Kinderhospital		Clementine Mädchenspital		Carolinum		Dr. Bockenheimersche Klinik		Frankf. Verein vom roten Kreuz		Zweigverein des Vaterländ. Frauenvereins		Diakonissen-Anstalt		Diakonissen- und Krankenheilanstalt des Bethanienvereins		Elisabethen-Krankenhaus der barmherzigen Schwestern		Diakonissenheim Bockenheim		St. Josephs-Krankenhaus		Gumpertzsches Siechenhaus		Versorgungshaus		Jägersches Kindersiechenhaus		Privatkl. für Zuckerkranke und diätetische Kuren von Dr. Lampé		Privatklinik von Dr. Schild u. Dr. Bär		Genesungsstätte Hohenwald	
14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24		25		26		27		28		29		30		31	
	†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†
—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	1	1	—	—	4	—	—	—	—	—	3	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	2	—	—	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	1	—	—	—	24	—	1		1	—	14	—	—	—	31	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	4	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	4		—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	1	—	3	—	—	—	13	—	—	—	2	—	17	1	4	—	22	—	4	—	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1	—	—	—	6	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	3	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	6	—	1	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2	—	—	—	9	2	—	—	115	17	3	3	1	—	12	1	8	—	42	7	12	3	18	4	—	—	2	—	2	1	—	—	—	—	—	—

Namen der Krankheiten	Städt. Krankenhaus: innere Abteilung (1)	†	Städt. Krankenhaus: äussere Abteilung (2)	†	Städt. Krankenhaus: Hautkr.-Abteilung (3)	†	Städt. Siechenhaus (4)	†	Städt. Krankenhaus Bockenheim (5)	†	Frankensteiner Hof (Krankenstation) (6)	†	Heiliggeist-hospital: innere Abteilung (7)	†	Heiliggeist-hospital: äussere Abteilung (8)	†	Bürger-hospital: innere Abteilung (9)	†	Bürger-hospital: äussere Abteilung (10)	†	Hospital der israelit. Gemeinde (11)	†	Dr. Christ's Kinderhospital (12)	†	[illegible] (13)	†
d) u. e) der Haut und Drüsen	4	1	62	2	46	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	4	—	15	—	1	—	5	1	14	—
f) der Knochen und Gelenke	7	1	119	5	1	—	16	—	1	—	—	—	3	1	—	—	3	—	9	1	5	2	31	3	17	—
g) u. h) des Hirns u. seiner Häute	19	17	3	2	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2	—	—	1	1	—	—	—	—	9	8	6	6
i)—o) d. übrigen Organe und allgemine Tuberkulose	11	10	33	11	—	—	4	—	1	1	—	—	7	4	—	—	—	—	—	—	5	—	2	—	5	1
27. Milzbrand	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
30. Wurmkrankheiten	5	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
31. a) Krätze	1	—	—	—	429	—	—	—	2	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
b) Läuse	1	—	—	—	29	—	—	—	1	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	10	—	—	—	—	—
32. Fadenpilzkrankheiten	—	—	—	—	30	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
33. Aktinomykosis	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
II. Vergiftungen.																										
34. a) Organische Gifte	9	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	1	—	—	2	1	—	—	—	—	3	—	—	—
b) Anorganische Gifte	14	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	13	2	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
c) Vergiftungen ohne nähere Angabe	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
35. Giftige Gase	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
36. Alkoholvergiftung	3	1	—	—	—	—	11	—	—	—	7	—	13	—	—	—	3	—	—	—	1	—	—	—	—	—
III. Äussere Einwirkungen.																										
37. a) u. c) Quetschungen, Verstauchungen und Zerreissungen	6	—	218	4	—	—	—	—	11	—	29	—	2	—	138	—	—	—	27	2	6	—	8	—	—	—

Georgine Sara von Rothschild'sche Stiftung		Mathilde v. Rothschild'sches Kinderhospital		Clementine Mädchen-spital		Carolinum		Dr. Bockenheimer'sche Klinik		Frankf. Verein vom roten Kreuz		Zweigverein des Vaterländ. Frauenvereins		Diakonissen-Anstalt		Diakonissen- und Krankenheilanstalt des Bethanienvereins		Elisabethen-Krankenhaus der barmherzigen Schwestern		Diakonissenheim Bockenheim		St. Josephs-Krankenhaus		Gumpertz'sches Siechenhaus		Versorgungshaus		Jäger'sches Kindersiechenhaus		Privatkl. für Zuckerkranke und diätetische Kuren von Dr. Lampe		Privatklinik von Dr. Schild u. Dr. Bär		Genesungsstätte Hohenwald	
14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24		25		26		27		28		29		30		31	
	†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†
—	—	1	—	15	—	7	—	12	—	—	—	5	—	6	—	22	—	11	5	2	—	12	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2	—	—	—	29	—	12	1	9	3	—	—	11	—	11	—	11	1	4	-	4	—	18	1	6	—	1	—	8	2	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	3	3	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1	—	—	—	2	—	—	—	3	—	—	—	3	-	5	2	12	—	6	2	6	1	8	2	—	—	—	1	4	2	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	1	—	—	—	7	—	—	—	—	—	—	—	1	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	13	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	-	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	15	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	3	2	—	—	—	—	2	—	—	—	12	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	21	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	97	—	—	—	3	—	35	—	2	—	57	2	4	—	10	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Noch Tab. II.

Namen der Krankheiten	Städt. Krankenhaus: Innere Abteilung (1)	†	Städt. Krankenhaus: äussere Abteilung (2)	†	Städt. Krankenhaus: Hautkr.-Abteilung (3)	†	Städt. Siechenhaus (4)	†	Städt. Krankenhaus Bockenheim (5)	†	Frankensteiner Hof (Krankenstation) (6)	†	Heiliggeist-hospital: innere Abteilung (7)	†	Heiliggeist-hospital: äussere Abteilung (8)	†	Bürger-hospital: innere Abteilung (9)	†	Bürger-hospital: äussere Abteilung (10)	†	Hospital der israelit. Gemeinde (11)	†	Dr. Christ's Kinderhospital (12)	†	…sche Stiftung (13)	†
b) Knochenbrüche: α)—ε) des Rumpfes	1	—	31	3	—	—	—	—	—	—	—	-	—	—	6	1	—	—	1	4	2	1	3	1	—	—
ζ)—η) der Extremitäten	1	—	119	1	—	—	—	—	2	-	5	—	—	—	46	3	—	—	38	3	9	—	31	—	5	—
d) Verrenkung	—	-	14	—	—	—	-	—	—	—	112	—	—	—	6	—	—	—	6	—	—	—	1	—	—	—
e) Wunden	—	-	195	2	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	182	3	—	—	75	2	12	—	3	—	—	—
f) Verbrennung	—	—	53	3	—	—	—	—	—	—	8	—	—	—	34	2	—	—	12	—	8	—	9	—	2	—
g) Erfrieren	—	—	2	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	5	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
h) Gehirnerschütterung	—	—	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	—	—	—	4	—	1	—	—	—	—	—
i) Hitzschlag, Sonnenstich	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
q) Fremdkörper	—	—	26	3	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	6	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—
IV. Störungen d. Entwickelung und Ernährung.																										
38. Angeborene Lebensschwäche	1	1	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
39. Bildungsfehler, Missgeburt	—	—	14	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
40. Zahnen	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
41. Rachitis	15	—	6	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	2	1	—	—
42. Osteomalacie	3	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
43. Atrophia infant.	41	24	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
44. Erschöpfung	54	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	7	—	—	—	1	—	—	—	2	—	—	—	—	—
45. Altersschwäche	21	—	—	—	—	—	46	9	—	—	4	-	1	1	—	—	8	—	—	1	1	1	—	—	—	—
46. Gangraen	—	—	9	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
47. Myxoedem	1	—	—	-	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
48. Kretinismus	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
49. Diabetes mellit.	78	7	—	—	—	—	1	—	1	1	—	—	6	1	—	—	3	1	1	1	2	—	—	—	—	—
50. Diabetes insipid.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
51. Gicht	6	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	2	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
52. Addisonsche Krankheit	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
53. Fettsucht	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Georgine Sara von Rothschild'sche Stiftung		Mathilde v. Rothschild'sches Kinderhospital		Clementine Mädchenspital		Carolinum		Dr. Bockenheimersche Klinik		Frankf. Verein vom roten Kreuz		Zweigverein des Vaterländ. Frauenvereins		Diakonissen-Anstalt		Diakonissen- und Krankenheilanstalt des Bethanienvereins		Elisabethen-Krankenhaus der barmherzigen Schwestern		Diakonissenheim Bockenheim		St. Josephs-Krankenhaus		Gumpertzsches Siechenhaus		Versorgungshaus		Jägersches Kindersiechenhaus		Privatkl. für Zuckerkranke und diätetische Kuren von Dr. Lampe		Privatklinik von Dr. Schild u. Dr. Bär		Genesungsstätte Hohenwald	
14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24		25		26		27		28		29		30		31	
	†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†
—	—	—	—	—	—	—	—	10	—	—	—	—	—	1	—	1	—	14	2	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2	—	—	—	4	—	—	—	36	—	—	—	—	—	11	—	3	—	24	1	10	—	14	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	27	—	—	—	—	—	3	-	—	—	2	—	—	—	4	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
5	—	—	—	2	—	—	—	121	3	—	—	—	—	20	-	5	—	22	2	4	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	-	—
2	—	1	—	—	—	—	—	20	—	—	—	—	—	21	—	1	—	20	1	1	—	1	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	3	2	—	—	—	—	2	—	—	—	6	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	-	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
—	—	2	-	2	—	—	—	—	—	—	—	1	-	1	—	1	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	-	—
—	—	1	—	20	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	49	12	—	-	—	—	—	—
—	—	—	-	—	—	—	—	-	.	1	—	—	-	—	—	—	—	—	—	-	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	-	-	11	2	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	-	12	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	15	—	—	—	—	—
2	1	—	—	—	—	—	—	6	2	—	—	—	-	4	1	—	—	2	—	—	—	—	—	4	2	17	8	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	-	—	—	—	—	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	4	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	-		—	—	—	—	—
2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	1	—	7	3	—	—	2	1	1	—	2	1	1	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	231	6	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	-	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1	—	—	—	—	—	—	—	-	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	1	—	—	—	—

Noch Tab. II.

Namen der Krankheiten	Städt. Krankenhaus: Innere Abteilung		Städt. Krankenhaus: äussere Abteilung		Städt. Krankenhaus: Hautkr.-Abteilung		Städt. Siechenhaus		Städt. Krankenhaus Bockenheim		Frankensteiner Hof (Krankenstation)		Heiliggeisthospital: Innere Abteilung		Heiliggeisthospital: äussere Abteilung		Bürgerhospital: Innere Abteilung		Bürgerhospital: äussere Abteilung		Hospital der israelit. Gemeinde		Dr. Christ's Kinderhospital		[illegible] Stiftung	
	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13	
		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†
54. Akromegalie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
56. Neubildungen:																										
A. Bösartige Neubildungen:																										
α) d. äuss. Bedeckungen	1	1	6	1	—	—	4	3	—	—	—	—	—	—	14	2	—	—	8	—	—	—	—	—	1	—
β) der Verdauungsorgane	27	11	43	19	—	—	6	5	—	—	—	—	12	12	12	2	11	7	9	6	6	5	1	—	—	—
δ) u. ε) d. Urogenitalorgane	5	3	20	8	—	—	6	6	3	—	—	—	3	2	5	2	4	3	4	1	9	3	—	—	1	1
γ) u. ς) sonstige	11	3	12	5	—	—	3	2	—	—	—	—	2	2	3	—	2	1	1	2	3	2	—	—	5	1
B. Gutartige Neubildungen:																										
a) Fibrom, Lipom, Angiom, Myxom. Atherom, Polypen und sonstige	2	—	18	1	—	—	2	—	—	—	—	—	3	—	10	—	—	—	11	—	9	—	3	—	3	—
c) Kropf, Struma	6	—	12	1	—	—	1	—	—	—	—	—	3	—	7	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—
V. Krankheiten der Organe (ausschliesslich der bei Gruppe I bis IV aufgeführten).																										
A. Krankheiten der Haut und des Zellgewebes.																										
57. a) Entzündung der Haut (Ekzem)	8	—	1	—	450	12	—	—	9	—	5	—	5	—	14	—	—	—	—	—	4	—	5	1	2	—
b) Infektiöse (bakterielle) Dermatosen	2	—	—	—	27	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	3	—	4	—	—	—
c) Neuritische Dermatosen	—	—	—	—	196	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
d) Progressive Ernährungsstörungen der Epidermis	—	—	—	—	21	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—

Georgine Sara von Rothschild'sche Stiftung		Mathilde v. Rothschild'sches Kinderhospital		Clementine Mädchen-spital		Carolinum		Dr. Bockenheimer'sche Klinik		Frankf. Verein vom roten Kreuz		Zweigverein des Vaterländ. Frauenvereins		Diakonissen-Anstalt		Diakonissen- und Krankenheilanstalt des Bethanienvereins		Elisabethen-Krankenhaus der barmherzigen Schwestern		Diakonissenheim Bockenheim		St. Josephs-Krankenhaus		Gumpertz'sches Siechenhaus		Versorgungshaus		Jäger'sches Kindersiechenhaus		Privatkl. für Zuckerkranke und diätetische Kuren von Dr. Lampe		Privatklinik von Dr. Schild u. Dr. Bär		Genesungsstätte Hohenwald	
14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24		25		26		27		28		29		30		31	
	†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	1	—	—	—	2	1	4	—	—	—	1	—	1	—	9	1	3	—	1	—	2	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—
3	—	—	—	—	—	5	1	8	6	—	—	14	2	4	—	17	2	4	3	1	—	17	6	—	—	4	2	—	—	—	—	1	—	—	—
4	—	—	—	1	—	9	3	8	2	19	—	16	—	6	—	20	—	3	—	5	1	12	1	2	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
5	1	—	—	—	—	7	—	7	3	—	—	2	—	4	1	1	1	—	—	1	1	5	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
9	—	4	—	3	—	2	—	8	2	31	—	20	2	18	—	45	4	4	—	15	1	10	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
2	—	—	—	—	—	1	—	1	—	7	—	—	—	4	—	10	—	2	—	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
6	—	3	—	5	—	—	—	9	—	—	—	—	—	60	—	—	—	4	—	1	—	2	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	1	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Namen der Krankheiten	Städt. Krankenhaus: innere Abteilung (1)	†	Städt. Krankenhaus: äussere Abteilung (2)	†	Städt. Krankenhaus: Hautkr.-Abteilung (3)	†	Städt. Siechenhaus (4)	†	Städt. Krankenhaus Bockenheim (5)	†	Frankensteiner Hof (Krankenstation) (6)	†	Heiliggeisthospital: innere Abteilung (7)	†	Heiliggeisthospital: äussere Abteilung (8)	†	Bürgerhospital: innere Abteilung (9)	†	Bürgerhospital: äussere Abteilung (10)	†	Hospital der Israelit. Gemeinde (11)	†	Dr. Christ's Kinderhospital (12)	†	[illegible] (13)	†
e) Regressive Ernährungsstörungen der Haut (Atroph.)	—	—	—	—	27	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
f) Erkrankung des Gefässaparates der Haut (Purpura etc.)	6	—	—	—	52	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
g) Epidermolysis (Pemphig. etc.)	3	—	—	—	5	4	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—
h) Krankheiten der Schweiss- und Talgdrüsen	1	—	—	—	34	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
58. Furunculosis	7	—	54	—	14	—	—	—	3	—	9	—	2	—	24	—	—	—	3	—	7	—	4	3	1	—
59. Zellgewebsentz.	4	—	198	1	—	—	—	—	5	—	6	—	3	—	140	2	—	—	16	1	13	—	4	1	2	—
60. Zellgewebsverh.	—	—	3	—	5	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—
61. Nabelentzündung	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
62. Ulcus cruris	—	—	50	—	—	—	2	—	4	1	6	—	2	—	28	1	—	—	16	—	2	—	—	—	—	—
63. Elephantiasis	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
B. Krankheit. der Muskeln u. Sehnen.																										
64. Muskelentzündung	—	—	6	—	—	—	1	—	—	—	14	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
65. Muskelrheumat.	167	—	12	—	—	—	1	—	60	—	75	—	42	—	5	—	5	—	—	—	8	—	—	—	—	—
66. Muskelentartung	—	—	2	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—
67. Sehnenscheidenentzündung	1	—	8	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	7	—	—	—	2	—	4	—	—	—	—	—
C. Krankheiten der Knochen, Knorpel und Gelenke.																										
68. Knochen- und Knorpelentzündung	5	—	25	—	—	—	—	—	4	—	—	—	1	—	36	8	—	—	13	—	2	—	4	—	7	—
71. Chronischer Gelenkrheumatismus und Arthritis deformans	13	—	4	—	—	—	6	—	1	—	—	—	14	—	—	—	13	—	—	—	3	—	—	—	—	—

Georgine Sara von Rothschildsche Stiftung		Mathilde v. Rothschildsches Kinderhospital		Clementine Mädchenspital		Carolinum		Dr. Bockenheimersche Klinik		Frankf. Verein vom roten Kreuz		Zweigverein des Vaterländ. Frauenvereins		Diakonissen-Anstalt		Diakonissen- und Krankenheilanstalt des Bethanienvereins		Elisabethen-Krankenhaus der barmherzigen Schwestern		Diakonissenheim Bockenheim		St. Josephs-Krankenhaus		Gumpertzsches Siechenhaus		Versorgungshaus		Jägersches Kindersiechenhaus		Privatkl. für Zuckerkranke und diätetische Kuren von Dr. Lampe		Privatklinik von Dr. Schild u. Dr. Bär		Genesungsstätte Hohenwald	
14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24		25		26		27		28		29		30		31	
	†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	13	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
4	—	—	—	2	—	—	—	14	—	—	—	3	—	13	—	2	—	6	—	1	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
5	—	—	—	2	—	3	—	23	—	—	—	—	—	12	—	8	—	33	1	3	—	12	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1	—	—	—	—	—	—	—	14	1	—	—	—	—	4	—	3	—	11	—	2	—	5	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	10	—	4	—	7	—	2	—	1	—	—	—	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	4	—	6	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2	—	3	—	3	—	9	—	9	8	—	—	1	—	2	—	—	—	8	—	12	—	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2	—	—	—	1	—	—	—	27	—	—	—	—	—	6	—	—	—	10	—	2	—	2	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	3	—

Noch Tab. II.

Namen der Krankheiten	Städt. Krankenhaus						Städt. Siechenhaus		Städt. Krankenhaus Bockenheim		Frankensteiner Hof (Krankenstation)		Heiliggeist-hospital				Bürger-hospital				Hospital der israelit. Gemeinde		Dr. Christ's Kinderhospital		Neufvillesche Stiftung	
	Innere Abteilung		äussere Abteilung		Hautkr.-Abteilung								Innere Abteilung		äussere Abteilung		Innere Abteilung		äussere Abteilung							
	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13	
		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†
72. a) Verkrümmung der Wirbelsäule, Kyphose, Skoliose, Lordose .	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	4	—
b) Platt-, Klump-, Spitzfuss, Genu valg., Bäckerbein etc. . .	10	—	38	—	—	—	—	—	1	—	5	—	8	—	7	—	1	—	—	—	4	—	1	—	22	—
D. Krankheiten des Blutes und d. blutbildenden Drüsen.																										
73. a) Chlorosis . .	85	—	—	—	—	—	—	—	4	—	2	—	54	—	—	—	35	—	—	—	30	—	1	—	—	—
b) Anaemia perniciosa	4	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	—	—	8	1	—	—	—	—	—	—	—	—
c) Leukaemie . .	8	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
74. Skorbut, Barlowsche Krankheit, Blutfleckenkrankheit	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—
75. Haemophilie . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
76. Drüsenentzündung	—	—	37	—	—	—	—	—	3	—	1	—	2	—	42	—	—	—	—	—	5	—	6	—	6	—
E. Krankheiten d. Gefässystems.																										
78. Akute Endokard. .	8	1	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	2	—	—	—	3	—	—	—	3	—	2	1	2	2
79. Perikarditis . . .	6	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	1	—	—	5	2	—	—	—	—	2	—	—	—
80. Herzvergrösserung	3	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	13	2	—	—	2	—	—	—	1	—	—	—	—	—
81. Herzfehler:																										
a) Herzklappenfehler	71	5	—	—	—	—	12	4	1	—	6	—	72	10	—	—	20	5	—	—	16	2	—	—	—	—
b) Angeborene Herzfehler . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	3	1
82. a) Myokarditis .	30	11	2	2	—	—	5	1	—	—	—	—	9	4	—	—	20	10	—	1	6	—	—		—	—
b) Herzverfettung	5	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
85. Herzkrampf, Angina pectoris, Herzneurosen	17	2	—	—	—	—	—	—	1	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	—	—	—	—	—

Georgine Sara v. Rothschild'sche Stiftung 14	†	Mathilde v. Rothschild'sches Kinderhospital 15	†	Clementine Mädchen-spital 16	†	Carolinum 17	†	Dr. Bockenheimer'sche Klinik 18	†	Frankf. Verein vom roten Kreuz 19	†	Zweigverein des Vaterländ. Frauenvereins 20	†	Diakonissen-Anstalt 21	†	Diakonissen- und Krankenheilanstalt des Bethanienvereins 22	†
—	—	1	—	12	—	1	—	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1	—	—	—	23	—	4	—	6	—	1	—	—	—	10	—	5	—
16	—	22	—	22	—	—	—	15	1	—	—	—	-	6	—	8	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
-	—	—	—	1	—	—	—	—	-	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	-	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3	-	3	—	2	—	2	—	29	—	—	—	—	-	5	—	—	-
—	-	—	-	5	—	—	—	11	1	—	-	-	—	1	1	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
1	—	1	—	14	—	—	—	60	12	5	1	1	1	2	1	2	1
—	—	—	—	—	—	—	—	3	2	—	-	—	—	—	—	—	—
1	—	—	—	—	-	—	—	4	—	—	—	2	1	2	1	6	-
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	-	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—

Elisabethen-Krankenhaus der barmherzigen Schwestern 23	†	Diakonissenheim Bockenheim 24	†	St. Josephs-Krankenhaus 25	†	Gumpertz'sches Siechenhaus 26	†	Versorgungshaus 27	†	Jäger'sches Kinder-siechenhaus 28	†	Privatkl. für Zuckerkranke und diätetische Kuren von Dr. Lampe 29	†	Privatklinik von Dr. Schild u. Dr. Bär 30	†	Genesungsstätte Hohenwald 31	†
—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3	—	4	—	10	—	1		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
27	—	11	—	4	—	1	—	—	—	4	—	—	—	—	—	232	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
13	—	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	—
8	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
7	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
15	3	1	1	1	1	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	16	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
3	—	1	—	—	—	—	—	-	1	—	—	—	—	-	-	-	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	-

Noch Tab. II.

Namen der Krankheiten	Städt. Krankenhaus: Innere Abteilung (1)	†	Städt. Krankenhaus: äussere Abteilung (2)	†	Städt. Krankenhaus: Hautkr.-Abteilung (3)	†	Städt. Siechenhaus (4)	†	Städt. Krankenhaus Bockenheim (5)	†	Frankensteiner Hof (Krankenstation) (6)	†	Heiliggeisthospital: Innere Abteilung (7)	†	Heiliggeisthospital: äussere Abteilung (8)	†	Bürgerhospital: Innere Abteilung (9)	†	Bürgerhospital: äussere Abteilung (10)	†	Hospital der Israelit. Gemeinde (11)	†	Dr. Christ's Kinderhospital (12)	†	1	†
87. Arterienkrankheiten	14	3	—	—	—	—	3		1	—	3	—	12	1	—	—	13	—	—	—	3	—	—	—	—	—
88. Venenkrankh. .	—	—	36	—	—	—	—	—	—	—	3	—	4	—	—	—	—	—	6	1	4	—	—	—	—	—
F. Krankheiten d. Nervensystems.																										
89. Meningitis . .	6	4	2	1	—	—	1	1	2	2	—	—	3	3	—	—	1	—		—	1	—	1	—	—	—
90. Hydroceph. internus s. chron. .	5	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	4	7	—
91. a) u. b) Akute Enkephalitis, Gehirnabszess .	1	—	2	1	—	—	1	—	1	1	—	—	1	—	1	1	—	—	—	—	5	3	—	—	1	—
92. Apoplex. cereb. .	19	1	—	—	—	—	24	5	3	—	—	—	4	4	—	—	15	7	1	1	2	—	1	—		—
93. a) u. b) Erweichungsherde im Gehirn, Gehirnlähmung . .	14	2	—	—	—	—	7	5	—	—	—	—	2	2	—	—	4	—	—	—		—	1	—	—	—
94. Störungen der Blutfüllung . .	2	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—
96. Geisteskrankh.	30	—	—	—	—	—	69	5	1	—	—	—	11	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—
97. Paralysis agit. .	4	2	—	—	—	—	5		—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
98. a) Myelitis . .	8	1	—	—	1	1	3	1	—	—	—	—	1	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
b) Meningitis spinalis . . .	—	—	—		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	2	1	—	—	—	—
100. a) u. b) Tabes dorsalis, Friedreichsche Krankheit . .	28	4	—	—	—	—	23	5	2	1	1	—	10	1	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—
101. a) Kinderlähm. .	2	1	—	—	—	—	1	—		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	4	—
b) Sonstige Rückenmarklähmungen .	4	2	—	—	—	—	8	—	—	—	—	—	2	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—
102. Progressive Muskelatrophie . .	4	1	—	—	—	—	2	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		—	—
104. Mult. Sklerose .	8	—	—	—	—	—	13	1	—	—	—	—	—	—		—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
105. Multiple Neurit.	4	1	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	1	1	—	—	2	—	—	—	—	—	1	—	—	—
106. Neuralgie (Ischias etc.) . .	41		4	—	—	—	2	—	3	—	4	—	40	—	—	—	2	—	—	—	4	—		—	—	—

Georgine Sara von Rothschild'sche Stiftung 14		Mathilde v. Rothschild'sches Kinderhospital 15		Clementine Mädchen-spital 16		Carolinum 17		Dr. Bockenheimer'sche Klinik 18		Frankf. Verein vom roten Kreuz 19		Zweigverein des Vaterländ. Frauenvereins 20		Diakonissen-Anstalt 21		Diakonissen- und Krankenheilanstalt des Bethanienvereins 22		Elisabethen-Krankenhaus der barmherzigen Schwestern 23		Diakonissenheim Bockenheim 24		St. Josephs-Krankenhaus 25		Gumpertz'sches Siechenhaus 26		Versorgungshaus 27		Jäger'sches Kindersiechenhaus 28		Privatkl. für Zuckerkranke und diätetische Kuren von Dr. Lampé 29		Privatklinik von Dr. Schild u. Dr. Bär 30		Genesungsstätte Hohenwald 31	
	†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†
—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	1	—	4	2	1	—	6	2	1	1	—	—	4	2	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	8	1	4	—	3	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	2	2	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	2	1	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	13	5	—	—	—	—	—	—
1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2	—	—	1	—	4	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	7	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1	—	—	—	1	—	—	—	2	—	—	—	—	—	5	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	1	—	—	—	3	1	—	—	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	1	—	—	—	5	—	—	—	—	—	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1	—	—	—	—	—	—	—	32	—	—	—	—	—	3	—	1	—	11	—	8	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Noch Tab. II.

Namen der Krankheiten	Städt. Krankenhaus						Städt. Siechenhaus		Städt. Krankenhaus Bockenheim		Frankensteiner Hof (Krankenstation)		Heiliggeist-hospital				Bürger-hospital				Hospital der israelit. Gemeinde		Dr. Christ's Kinderhospital		Neufville'sche Stiftung	
	innere Abteilung		äussere Abteilung		Hautkr.-Abteilung								innere Abteilung		äussere Abteilung		innere Abteilung		äussere Abteilung							
	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13	
		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†
107. Lähmungen der periph. Nerven	4	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	
109. Migräne	11	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
110. a) Epilepsie	26	1	2	—	—	—	10	—	1	—	2	—	16	—	—	—	5	—	1	—	1	—	1	—	2	—
b) Chorea	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—	5	—
c) Sonst. Krämpfe, Tetanie, Eklampsie d. Kind. etc.	9	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	3	—	6	—	4	—
111. a) Neurasthenie	89	—	8	—	4	—	—	—	1	—	11	—	32	—	—	—	9	—	—		9	—	—	—	2	—
b) Hysterie	105	—	6	—	—	—	14	—	1	—	2	—	39	—	—	—	19	—	3	—	19	—	1	—	1	—
d) Beschäftigungsneurosen (Schreibkr.)	40	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
112. Basedowsche Krankheit	10	—	4	1	1	—	1	—	—	—	—	—	4	—	—	—	1	—	—	—	2	—	—	—	—	—
G. Krankheiten des Ohres																										
113. a) Erkrankungen d. äuss. Ohres	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
b) Erkrankungen des Trommelfells u. mittleren Ohres	3	—	22	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	—	6	—	—	—	1	—	6	—	1	—	4	—
c) Erkrankung. d. inneren Ohres	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
H. Krankheiten des Auges																										
114. a)—c) Erkrank. d. Augenlid. u. d. Bindehaut	5	—	7	—	8	—	—	—	1	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
d) Erkrankungen d. Lederhaut u. der Hornhaut	—	—	9	—	—	—	1	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	5	—	1	—	—	—
e)—p) Sonstige Augenkrankh.	1	—	17	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	—	—	—	—	—

Georgine Sara von Rothschild'sche Stiftung		Mathilde v. Rothschild'sches Kinderhospital		Clementine Mädchenspital		Carolinum		Dr. Bockenheimer'sche Klinik		Frankf. Verein vom roten Kreuz		Zweigverein des Vaterländ. Frauenvereins		Diakonissen-Anstalt		Diakonissen- und Krankenheilanstalt des Bethanienvereins		Elisabethen-Krankenhaus der barmherzigen Schwestern		Diakonissenheim Bockenheim		St. Josephs-Krankenhaus		Gumpertz'sches Siechenhaus		Versorgungshaus		Jäger'sches Kindersiechenhaus		Privatkl. für Zuckerkranke und diätetische Kuren von Dr. Lampe		Privatklinik von Dr. Schild u. Dr. Bär		Genesungsstätte Hohenwald	
14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24		25		26		27		28		29		30		31	
	†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†
—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
																				1															
1	—	—	—	2	—	—	—	4	—	—	—	—	—	1	—	—	—	2	—	—	—	3	1	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	5	—
—	—	—	—	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
																				1															
2	—	—	—	1	—	—	—	4	—	—	—	3	—	3	—	1	—	1	—	5	—	11	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	80	—
5	—	—	—	2	—	2	—	3	—	—	—	—	—	2	—	3	—	2	—	2	—	3	—	1	—	—	—	—	—	—	—	3	—	56	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	1	—	—	—	3	1	2	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3	—	2	—	4	—	3	—	2	—	24	—	5	—	6	—	1	—	5	—	50	2	2	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	11	—	10	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
—	—	2	—	3	—	—	—	22	—	—	—	—	—	—	—	—	—	36	—	5	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2	—	1	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	51	—	4	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
6	—	—	—	1	—	—	—	—	—	2	—	3	—	4	—	4	—	—	—	18	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Noch Tab. II.

Namen der Krankheiten	Städt. Krankenhaus						Städt. Siechenhaus		Städt. Krankenhaus Bockenheim		Frankensteiner Hof (Krankenstation)		Heiliggeist-hospital				Bürger-hospital				Hospital der israelit. Gemeinde		Dr. Christ's Kinderhospital		Neufville'sche Stiftung	
	Innere Abteilung		äussere Abteilung		Hautkr.-Abteilung								Innere Abteilung		äussere Abteilung		Innere Abteilung		äussere Abteilung							
	1	†	2	†	3	†	4	†	5	†	6	†	7	†	8	†	9	†	10	†	11	†	12	†	13	†
J. Krankheiten d. Respirationsorg.																										
115. Krankheiten der Nase u. Nebenhöhlen	3	—	12	—	—	—	—	—	1	—	1	—	13	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—
116. Kehlkopfentz.	19	—	1	—	—	—	—	—	—	—	5	—	37	—	—	—	2	—	—	—	3	—	7	1	—	—
117. Stimmritzenkr.	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	1	—	—
118. Kehlkopf- u. Luftröhren-Vereng.	3	—	8	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	2	2	1	—	—	—	3	—	—	—
119. Luftröhrenkat.	3	—	—	—	—	—	1	—	50	—	—	—	16	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—
120. Akute Bronchit.	94	2	—	—	—	—	2	—	59	—	49	—	113	—	—	—	7	—	—	—	17	1	22	4	6	—
121. Chron. Bronchit.	74	—	—	—	—	—	3	1	—	—	9	—	36	—	—	—	12	—	—	—	11	—	10	—	—	—
122. Lungenentzünd.																										
a) Fibrinöse	100	20	1	1	—	—	—	—	—	—	4	—	44	8	—	—	25	6	—	1	18	—	13	—	9	1
b) Katarrhalische (Bronchopneumonie)	57	15	3	1	—	—	—	—	10	2	—	—	12	4	—	—	2	1	—	—	3	1	34	10	24	5
123. Staubkrankheit	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
126. Lungenemph.	40	2	—	—	—	—	21	2	3	1	16	—	32	—	—	—	19	3	—	—	1	—	—	—	—	—
127. a) Lungenabszess	3	1	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
b) Lungengangrän	2	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
129. a) Brustfellentzündung:																										
α) seröse	40	—	2	—	—	—	—	—	2	—	—	—	18	—	—	—	12	1	—	—	8	—	5	1	3	—
β) eitrige	17	—	16	2	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	2	—	1	1	4	2	2	1
γ) trock. od. ohne näh. Angabe	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
K. Krankh. d. Verdauungsapparate																										
130. Krankheiten der Mundhöhle	11	1	24	—	—	—	1	—	1	—	4	—	6	—	—	—	—	—	3	—	9	—	1	—	—	—
131. Halsentzünd.	258	—	8	—	—	—	5	—	14	—	9	—	126	—	—	—	21	—	—	—	65	—	27	—	—	—
132. Krankheiten der Speicheldrüsen	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
133. Krankheiten der Speiseröhre	3	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—

Georgine Sara von Rothschildsche Stiftung 14	†	Mathilde v. Rothschildsches Kinderhospital 15	†	Clementine Mädchenspital 16	†	Carolinum 17	†	Dr. Bockenheimersche Klinik 18	†	Frankf. Verein vom roten Kreuz 19	†	Zweigverein des Vaterländ. Frauenvereins 20	†	Diakonissen-Anstalt 21	†	Diakonissen- und Krankenheilanstalt des Bethanienvereins 22	†	Elisabethen-Krankenhaus der barmherzigen Schwestern 23	†	Diakonissenheim Bockenheim 24	†	St. Josephs-Krankenhaus 25	†	Gumpertzsches Siechenhaus 26	†	Versorgungshaus 27	†	Jägersches Kindersiechenhaus 28	†	Privatkl. für Zuckerkranke und diätetische Kuren von Dr. Lampe 29	†	Privatklinik von Dr. Schild u. Dr. Bär 30	†	Genesungsstätte Hohenwald 31	†
2	—	—	—	13	—	—	—	—	—	3	—	19	—	2	—	2	—	2	—	8	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	3	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2	—	3	—	8	—	—	—	28	—	—	—	2	—	20	—	—	—	10	—	—	—	1	—	—	—	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	5	—		—	22	2	—	—	—	—	3	—	—	—	16	—	2	—	3	—	—	—	12	2	—	—	—	—	—	—	23	—
—	—	—	—	7	1	—	—	—	—	—	—	3	—	5	—	1	—	13	4	—	—	4	1	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	1	—	—	—	15	2	—	—	—	—	7	3	—	—	10	—	1	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	1	—	—	—	7	—	3	—	4	—	—	—	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2	—	1	—	4	—	—	—	5	—	—	—	—	—	4	—	1	—	27	—	2	—	3	—	—	—	3	2	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	1	—	2	1	4	2	—	—	3	—	1	—	—	—	6	1	1	—	5	—	—	—	—		—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1	—	5	—	2	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
7	—	—	—	12	—	—	—	14	—	—	—	2	—	11	—	1	—	10	—	4	—	4	—	—	—	3		—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—		—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	2	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Namen der Krankheiten	Städt. Krankenhaus: Innere Abteilung (1)	†	Städt. Krankenhaus: Äussere Abteilung (2)	†	Städt. Krankenhaus: Hautkr.-Abteilung (3)	†	Städt. Siechenhaus (4)	†	Städt. Krankenhaus Bockenheim (5)	†	Frankensteiner Hof (Krankenstation) (6)	†	Heiliggeisthospital: Innere Abteilung (7)	†	Heiliggeisthospital: Äussere Abteilung (8)	†	Bürgerhospital: Innere Abteilung (9)	†	Bürgerhospital: Äussere Abteilung (10)	†	Hospital der israelit. Gemeinde (11)	†	Dr. Christ's Kinderhospital (12)	†	Neufvillesche Stiftung (13)	†
134. Magenkrankh.:																										
a) Magenkat.	66	—	—	—	—	—	—	—	33	—	10	—	61	—	—	—	10	—	—	—	1	—	—	—	—	—
c) Magengeschwür	30	2	17	4	—	—	—	—	4	—	1	—	14	—	—	—	8	—	—	—	1	—	—	—	—	—
d)–g) Sonstige	52	—	—	—	—	—	—	—	2	1	5	—	21	—	—	—	7	—	1	—	8	—	3	3	—	—
135. Darmkrankh.:																										
a)—c) Darmkat. Magendarmk.	100	7	12	—	—	—	2	—	12	—	9	—	42	—	—	—	1	—	1	—	13	—	105	40	21	
d) Darmträgh.	49	—	4	—	—	—	1	—	—	—	1	—	20	—	—	—	3	—	—	—	10	—	—	—	—	—
137. Blinddarmentz.	45	—	145	3	—	—	2	—	1	—	—	—	14	—	51	3	3	—	15	4	33	2	7	2	8	—
138. Darmverschluss u. Verengung	2	—	14	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	1	1	—	2	1	—	—	—	—	—	—
140. Mastdarmerkr.	3	—	17	—	—	—	2	—	—	—	—	—	5	—	12	—	—	—	7	—	10	—	2	—	—	—
141. Darmfistel	—	—	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—
142. Brüche	3	—	85	1	—	—	—	—	—	—	—	—	6	—	21	2	3	—	10	—	12	1	2	—	27	—
143. Bauchfellentz.	5	3	45	20	—		—	—	—	—	—	—	5	3	5	1	—	—	—	2	2	—	—	—	—	—
144. a) u. b) Hepatitis und Pylephlebitis	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
c) Akute Leberatrophie	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
d) Lebercirrh.	13	4	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	5	3	—	—	8	5	1	—	—	—	—	—	—	—
145. Ikterus	21	—	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—	10	—	7	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
147. Cholelithiasis	13	—	26	1	—	—	1	—	—	—	—	—	8	—	—	—	8	—	1	—	7	1	—	—	—	—
148. Erkrankungen d. Pankreas	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
L. Krankheiten der Harnorgane																										
149. Nierenentzünd.	49	9	—	—	—	—	2	—	7	4	1	—	31	16	—	—	10	3	—	—	6	2	4	—	1	—
150. a) Pyelitis, Pyelonephritis	4	1	2	1	—	—	—	—	2	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
b) Hydronephr.	4	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
c) Nierenvereit.	—	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
151. Lithiasis	7	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
152. Wanderniere	1	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
153. Uraemia	7	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	4	4	—	—	—	—	—	—	—	—
154. Entz. u. Lähm. d. Harnwege	25	1	24	1	—	—	2	—	—	—	—	—	18	—	—		2	—	2	—	6	—	3	—	—	—

Georgine Sara von Rothschildsche Stiftung (14)	†	Mathilde v. Rothschildsches Kinderhospital (15)	†	Clementine Mädchenspital (16)	†	Carolinum (17)	†	Dr. Bockenheimersche Klinik (18)	†	Frankf. Verein vom roten Kreuz (19)	†	Zweigverein des Vaterländ. Frauenvereins (20)	†	Diakonissen-Anstalt (21)	†	Diakonissen- und Krankenheilanstalt des Bethanienvereins (22)	†	Elisabethen-Krankenhaus der barmherzigen Schwestern (23)	†	Diakonissenheim Bockenheim (24)	†	St. Josephs-Krankenhaus (25)	†	Gumpertzsches Siechenhaus (26)	†	Versorgungshaus (27)	†	Jägersches Kindersiechenhaus (28)	†	Privatkl. für Zuckerkranke und diätetische Kuren von Dr. Lampé (29)	†	Privatklinik von Dr. Schild u. Dr. Bär (30)	†	Genesungsstätte Hohenwald (31)	†
5	—	—	—	—	—	1	-	42	—	—	—	4	—	25	-	3	—	14	—	3	—	4		-	-	—	-	-	-	8		1	—	—	—
4	—	-	-	—	—	—	—	11	—	—	—	5	—	12	—	9	—	8	—	8	—	11	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
2	—	—	—	—	—	—	—	9	—	5	—	1	—	3	—	6	—	9	-	4	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
4	—	-	—	4	—	—		29	2	-	—	4	—	7	—	2	—	12	—	5	—	9	-	—	..	17	—	2	—	7	—	—	—	—	—
12	—	-	—	1	—	—	—	1	--	—	—	4	—	12	-	--	-	3	-	1	—	—	—	-	—	—	—	—	—	6	—	—	--	—	—
—	—	—	—	2	—	4	-	7	3	31	1	33	—	30	1	22	2	15	—	15	—	78	3	—	-	—	—	—	—	—	—	—	—	--	—
12	—	—	—	—	—	—	—	—	—	-	-	1	1	4	3	3	1	2	—	3	—	3	—	—	-	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3	—	—	—	—	—	1	—	—	—	4	—	10	—	3	-	9	—	2	—	2	—	5	—	1	-	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
8	—	-	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	5	—	2	-	5	—	1	—	1	—	—	—	—	—	-	—	—	—	—	—	—	—
—	—	2	—	—	—	6	1	22	2	16	—	7	1	17	1	25	1	7	—	10	—	43	1	—	—	—	—	.	—	—	—	—	—	—	—
—	—	1	—	1	1	—	—	—	—	5	3	—	—	2	—	1	—	—	—	4	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	1	-	—	—	—	—	—	—	—	—	--	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
..	-	—	-	—	—	—	-	1	1	—	—	1	—	1	—	1	1	2	-	1	-	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	-	—	—	—	—	-	4	—	2	—	1	-	2	—	—	—	4	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	-	—
3	—	—	—	—	—	3	—	8	—	4	—	4	—	4	-	4	-	2		4	—	8	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	-	-	1	—	—	—	—	-	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
1	1	—	—	4	—	—	—	8	3	—	-	2	1	4	3	1	—	3	1	2	1	3	2	—	-	2	—	1	—	6	1	—	—	—	—
1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	-	1	—	1	—	4	2	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	1	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	-	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	-	1	—	..	—	—	—	3	—	—	—	1	-	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	-	—	—	1	—	4	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	..	1	—	2	—	4	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	11	-	5	—	1	—	3	—	—	—	2	—	—	—	-	-	—	—	—	—

Namen der Krankheiten	Städt. Krankenhaus: Innere Abteilung (1)		Städt. Krankenhaus: äussere Abteilung (2)		Städt. Krankenhaus: Hautkr.-Abteilung (3)		Städt. Siechenhaus (4)		Städt. Krankenhaus Bockenheim (5)		Frankensteiner Hof (Krankenstation) (6)		Heiliggeisthospital: Innere Abteilung (7)		Heiliggeisthospital: äussere Abteilung (8)		Bürgerhospital: Innere Abteilung (9)		Bürgerhospital: äussere Abteilung (10)		Hospital der israelit. Gemeinde (11)		Dr. Christ's Kinderhospital (12)		[illegible] (1[illegible])	
		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†
M. Krankheiten der Geschlechtsorgane. (Gonorrhoe etc. b. 23.) (Geschwülste bei 56.)																										
Männliche:																										
155. Phimose, Paraphim., Balanit.	2	—	8	—	62	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
156. Epispadie, Hypospadie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
157—160. Alle sonst.	4	—	17	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	4	—	—	—	3	—
Weibliche:																										
162. Krankh. d. Vulv.	1	—	4	—	—	—	—	—	3	—	—	—	2	—	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—
163. a) Menstruationsanomal.	5	—	3	—	—	—	1	—	—	—	—	—	24	—	5	—	—	—	1	—	3	—	—	—	—	—
b) Parametritis	4	—	5	—	33	—	—	—	—	—	—	—	7	—	6	—	3	—	4	—	1	—	—	—	—	—
165. Gebärmutterentz. ausserhalb d. Geburt und des Wochenbettes	2	—	17	—	—	—	—	—	1	—	—	—	22	—	—	—	—	—	2	—	10	—	—	—	—	—
166. Gebärmutterblutung ausserh. d Wochenbettes	—	—	9	—	—	—	—	—	1	—	—	—	9	—	—	—	3	—	2	—	4	—	—	—	—	—
167. Lageveränderung d. Gebärmutter	2	—	17	—	—	—	—	—	—	—	—	—	18	—	—	—	—	—	2	—	3	—	—	—	—	—
168. a) Eierstocksentzündnng	1	—	19	—	—	—	—	—	1	—	—	—	3	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—
b) Tubenentz.	6	—	54	1	11	—	—	—	—	—	—	—	1	—	6	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
170 u. 171 Schwangerschaft u. Störung. derselben	13	—	95	—	—		—	—	—	—	—	—	10	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
173 u. 174. Frühgeb. . Fehlgeburt	7	3	48	—	—	—	—	—	—	—	—	—	32	—	—	—	—	—	9	—	3	—	—	—	—	—
175 Erkrankungen der Brüste	1	—	17	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
VI. Andere, sowie nicht angegebene und unbekannte Krankheiten																										
176.	—	—	63	4	9	—	—	—	—	—	25	—	6	—	60	1	18	—	—	—		—	6	—	1	—

Georgine Sara von Rothschildsche Stiftung		Mathilde v. Rothschildsches Kinderhospital		Clementine Mädchenspital		Carolinum		Dr. Bockenheimersche Klinik		Frankf. Verein vom roten Kreuz		Zweigverein des Vaterländ. Frauenvereins		Diakonissen-Anstalt		Diakonissen- und Krankenheilanstalt des Bethanienvereins		Elisabethen-Krankenhaus der barmherzigen Schwestern		Diakonissenheim Bockenheim		St. Josephs-Krankenhaus		Gumpertzsches Siechenhaus		Versorgungshaus		Jägersches Kindersiechenhaus		Privatkl. für Zuckerkranke und diätetische Kuren von Dr. Lampe		Privatklinik von Dr. Schild u. Dr. Bär		Genesungsstätte Hohenwald	
14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24		25		26		27		28		29		30		31	
	†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		
2	—	—	—	—	—	1	—	5	—	3	—	—	—	2	—	4	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	1	—	2	—	19	1	—	—	1	—	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	1	—	3	—	2	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	12	—	4	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1	—	—	—	—	—	3	—	5	—	2	—	2	—	—	—	15	—	2	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
4	—	—	—	—	—	2	—	32	—	103	—	—	—	9	—	64	—	—	—	10	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	—	2	—	—	—	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2	—	—	—	—	—	5	—	6	—	22	—	40	1	1	—	29	—	—	—	10	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	19	—	—	—	2	—	3	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	3	—	5	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1	—	—	—	—	—	3	—	1	—	28	—	—	—	—	—	20	1	—	—	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	54	—	23	—	4	—	23	—	2	—	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2	—	—	—	—	—	—	—	1	—	7	—	1	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
4	—	—	—	—	—	—	—	103	5	25	—	35	—	6	—	42	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Uebersicht

über die in den allgemeinen Krankenanstalten und chirurgischen Kliniken ausgeführten Operationen

vom 1. Januar 1906 bis 31. Dezember 1906.

	Städt. Krankenhaus äussere Abteilung	Heiliggeisthospital äussere Abteilung	Bürgerhospital äussere Abteilung	Hospital der israelit. Gemeinde	Christsches Kinderhosp.	Neufvillesche Stiftung	Clementine Mädchen-Spital	Dr. Bockenheimersche chirurg. Klinik	Frankfurter Verein vom roten Kreuz	Vaterländisch. Frauen-Verein	Diakonissenanstalt	Diakon.-u. Krankenheil-Anst. d. Bethan.-Vereins	Elisab.-Krankenhaus d. barmherz. Schwestern	St. Josephskrankenhaus	Privatkl. v. Prof. Rehn	Carolinum
I. Amputationen:																
1. der oberen Extremität	2	1	—	—	—	—	—	5	—	—	3	—	—	—	—	1
2. der unteren "	17	3	2	—	—	—	3	2	1	2	—	3	1	2	2	3
3. von Fingern oder Zehen	6	21	5	—	3	—	—	2	—	—	4	1	4	—	—	—
II. Exartikulationen:																
1. der oberen Extremität	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1
2. der unteren "	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	2	—	—	—
3. von Fingern oder Zehen	12	—	3	2	—	2	—	4	—	—		2	5	9	—	2
III. Resektionen:																
1. der Gelenke	24	1	2	2	20	3	—	9	6	5	2	—	—	7	1	—
2. der Kontinuität	23	—	4	2	3	11	1	1	2	—	1	2	—	8	—	—
IIIa. Arthrotomien u. Arthrektomien	3	—	—	2	—	5	—	—	—	—	—	—	1	1	3	2
IIIb. Sehnenplastik	—	3	3	—	—	4	—	—	—	—	—	1	—	3	—	—
IV. Aufmeisselungen (Osteotomie, Nekrotomie):																
1. a) der Knochen des Schädels	5	2	2	5	4	7	3	2	—	—	12	14	—	—	—	1
b) der Knochen des Gesichts	—	1	1	—	—	—	—	—	—	16	1	2	1	—	—	—
2. der Knochen der oberen Extremitäten	5	2	—	—	—	—	1	—	—	—	2	3	—	—	—	—
3. der Knochen der unteren Extremitäten	11	2	—	4	2	—	—	2	1	—	2	5	5	8	—	2
4. der Wirbelsäule, Brust, Becken	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	2	—	—	—
V. Osteoplastische Operationen (einschliessl. Redressement)	4	1	3	—	—	36	22	—	—	2	1	1	—	10	—	2
VI. Einrenkungen:																
1. kongenital:																
a) obere Extremität	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
b) untere "	3	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	1	—	3	1	—

	Städt. Krankenhaus äussere Abteilung	Heiliggeisthospital äussere Abteilung	Bürgerhospital äussere Abteilung	Hospital der israelit. Gemeinde	Christsches Kinderhosp.	Neufvillesche Stiftung	Clementine Mädchen-Spital	Dr. Bockenheimersche chirurg. Klinik	Frankfurter Verein vom roten Kreuz	Vaterländisch. Frauen-Verein	Diakonissenanstalt	Diakon.-u. Krankenheil-Anst. d. Bethan.-Vereins	Elisab.-Krankenhaus d. barmherz. Schwestern	St. Josephskrankenhaus	Privatkl. v. Prof. Rehn	Carolinum
2. erworben:																
a) obere Extremität	10	3	9	2	—	—	—	3	—	—	4	—	2	1	—	—
b) untere „	3	—	—	—	—	—	2	2	—	—	—	—	—	1	—	—
VII. Exstirpationen:																
A. von Geschwülsten:																
a) bösartigen:																
1. des Schädels	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
a) extrakraniell	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2
b) intrakraniell	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2. des Gesichts	4	2	1	1	1	—	—	2	4	—	1	2	—	3	—	—
3. des Halses	2	—	4	—	—	—	—	1	8	1	3	—	—	—	2	—
4. des Brustkorbes und seiner Bedeckungen	6	4	3	—	3	1	—	3	—	1	9	5	3	9	1	6
5. der Bauchdecken	1	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	1	—
6. der Bauchorgane (ausser Geschlechtsorganen)	21	4	4	—	—	—	—	1	7	5	2	—	—	2	4	—
7. der Geschlechtsorgane	9	—	1	4	—	—	—	4	—	12	3	8	2	—	—	1
8. der Harnorgane	7	—	—	—	1	—	—	—	3	—	—	—	1	—	—	—
9. der Extremitäten	5	—	8	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
10. Multiple Geschwülste u. sonstiges	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	6	—
b) gutartigen:																
1. des Schädels	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
a) extrakraniell	5	1	3	1	—	—	—	10	—	—	8	2	—	18	—	—
b) intrakraniell	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2. des Gesichts	6	—	1	1	—	1	2	3	—	—	—	3	—	12	—	1
3. des Halses	31	2	4	—	—	4	—	—	5	3	6	6	1	7	—	2
4. des Brustkorbes u. seiner Bedeckungen	8	1	2	—	—	—	—	—	—	3	3	2	—	10	—	—
5. der Bauchdecken	2	—	1	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	1	—	—
6. der Bauchorgane (ausser Geschlechtsorganen)	2	—	1	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	2	—	—
7. der Geschlechtsorgane	4	2	—	5	—	—	—	5	72	11	2	23	—	3	—	2
8. der Harnorgane	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—
9. der Extremitäten	16	—	5	3	—	3	—	—	—	1	8	—	—	20	2	1
10. Multiple Geschwülste u. sonstiges	—	—	—	—	—	—	—	29	423	—	—	—	—	—	—	1

Noch Tab. II b.

	Städt. Krankenhaus äussere Abteilung	Heiliggeisthospital äussere Abteilung	Bürgerhospital äussere Abteilung	Hospital der israelit. Gemeinde	Christsches Kinderhosp.	Neufvillesche Stiftung	Clementine Mädchen-Spital	Dr. Bockenheimersche chirurg. Stiftung	Frankfurter Verein vom roten Kreuz	Vaterländisch. Frauen-Verein	Diakonissenanstalt	Diakon.- u. Krankenheil-Anst. d. Bethan.-Vereins	Elisab.-Krankenhaus d. barmherz. Schwestern	St. Josephskrankenhaus	Privatkl. v. Prof. Rehn	Carolinum
B. von Organen (auch einzelner Teile derselben):																
1. Auge	—	—	—	—	—	—	—	4	1	—	—	—	—	—	—	—
2. Schilddrüse	11	4	1	—	—	—		1	2	—	2	10	1	9	4	3
3. Niere	5	—	—	—	—	1	—	—	—	2	—	3	3	—	1	—
4. Milz	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
5. Uterus	3	1	3	—	—	—	—	2	23	—	6	7	—	—	—	1
6. Ovarien nebst Adnexen	61	3	3	1	—	—	—	1	41	—	4	21	2	—	—	7
7. Hoden	8	2	2	2	—	—	—	2	—	—	—	—	2	6	1	—
8. Drüsen	23	31	8	2	—	—	5	27	—	5	—	—	—	3	15	—
9. Sonstige	38	—	—	5	—	—	10	—	—	7	10	—	—	—	—	—
VIIa. Fixation mobiler Organe:																
1. Niere	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
2. Uterus	20	—	—	—	—	—	—	2	30	—	1	5	3	—	—	4
VIII. Laparatomien (ausser Geschwulstexstirpationen): (Siehe auch VII. A. No. 6 u. VII. B. No. 4—6.)																
1. wegen Gallensteinen oder Leberleiden	25	4	—	4	—	—	—	—	4	1	—	1	2	6	7	1
2. wegen Magen- u. Darmleiden:																
a) Resektionen	16	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7	2	1	—	3	—
b) Operation von Anastomosen	23	1	—	1	—	—	—	—	—	2	1	6	—	10	4	—
3. zur Anlegung oder Schliessung von Fisteln	19	2	3	—	—	—	—	2	2	—	1	3	—	4	2	—
4. wegen Verletzung oder Entzündung	45	3	3	—	—	1	1	4	4	1	—	5	1	3	—	—
5. Ileus	8	1	4	—	—	—	—	1	—	1	2	—	—	2	1	—
6. Operation von Hernien																
a) eingeklemmt:																
1. Nabel	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	2	—	—
2. Leisten- und Schenkelbrüche	18	9	2	3	—	—	—	2	—	1	5	—	6	5	2	1
3. Sonstige	—	—	—	—	—	—	—	—	—		3	—	—	—	—	—

Noch Tab. II b.

	Städt. Krankenhaus äussere Abteilung	Heiliggeisthospital äussere Abteilung	Bürgerhospital äussere Abteilung	Hospital der israelit. Gemeinde	Christsches Kinderhosp.	Neufvillesche Stiftung	Clementine Mädchen-Spital	Dr. Bockenheimersche chirurg. Klinik	Frankfurter Verein vom roten Kreuz	Vaterländisch. Frauen-Verein	Diakonissenanstalt	Diakon.- u. Krankenheil-Anst. d. Bethan.-Vereins	Elisab.-Krankenhaus d. barmherz. Schwestern	St. Josepskrankenhaus	Privatkl. v. Prof. Rehn	Carolinum
b) nicht eingeklemmt:																
1. Nabel	2	—	2	—	—	10	—	1	—	—	1	2	—	2	2	—
2. Leisten- und Schenkelbrüche	57	2	4	3	—	18	—	7	11	4	7	17	3	27	4	5
3. Sonstige	12	—	1	2	1	—	—	—	5	—	3	9	—	3	—	—
7. Explorative u. sonstige	19	—	1	4	1	1	—	—	—	7	1	6	—	8	3	1
VIIIa. Appendicitis-Operationen:																
1. bei akuter Entzündung:																
a) mit Entfernung des Wurmfortsatzes	125	22	6	12	3	1	2	9	27	19	14	6	4	27	12	1
b) ohne Entfernung des Wurmfortsatzes	—	3	1	1	—	—	—	—	4	—	3	2	3	9	9	1
2. während des Intervalls	21	6	3	7	—	9	—	—	—	12	7	30	3	36	—	—
IX. Repositionen:																
a) von Hernien	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—
b) Paraphimose	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—
X. Entfernung von Fremdkörpern:																
1. Kopf-, Brust- u. Bauchhöhle	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—
2. Auge	5	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
3. Ohr und Nase	—	—	—	—	—	—	—	—	21	—	—	—	—	—	—	—
4. Extremitäten	3	6	2	6	—	—	—	—	—	1	4	—	—	8	—	—
5. Sonstige	2	—	—	1	—	—	—	36	—	—	—	—	—	—	—	—
XI. Punktionen:																
1. Gelenke	18	2	1	—	—	18	9	—	—	—	—	—	—	10	—	—
2. Brusthöhle (auch Pleurotomie)	23	3	—	4	3	—	3	7	—	8	1	—	—	—	—	2
3. Bauchhöhle	10	—	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
4. Hydrozele	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	1	4	1
5. Sonstige	24	—	—	3	20	28	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—
XII. Spaltungen:																
1. von Abszessen, Furunkeln etc. (z. T. mit Auslöffelung	351	—	20	113	80	27	9	198	—	7	15	18	47	56	6	—
2. Fisteln	19	—	5	1	5	2	6	11	—	3	2	10	1	—	—	8
3. Hydrozele	14	—	—	—	—	7	—	4	—	—	1	2	1	4	3	—
4. Phimose	6	—	—	6	—	5	—	6	—	—	1	4	1	7	7	—
5. Sonstige	10	—	—	5	—	13	—	—	—	4	—	12	5	2	—	1

Noch Tab. II b.

	Städt. Krankenhaus äussere Abteilung	Heiliggeisthospital äussere Abteilung	Bürgerhospital äussere Abteilung	Hospital der israelit. Gemeinde	ChristschesKinderhosp.	Neufvillesche Stiftung	Clementine Mädchen-Spital	Dr. Bockenheimersche chirurg. Klinik	Frankfurter Verein vom roten Kreuz	Vaterländisch. Frauen-Verein	Diakonissenanstalt	Diakon. u. Krankenheil-Anst. d. Bethan. Vereins	Elisab.-Krankenhaus d. barmherz. Schwestern	St. Josephskrankenhaus	Privatkl. v. Prof. Rehn	Carolinum
XIII. Auslöffelung u. Kauterisationen:																
1. von Geschwüren	13	—	3	14	—	7	—	15	}	4	13	—	—	8	—	6
2. von Geschwülsten	8	—	6	—	—	3	—	2	} 307	4	—	—	—	—	—	1
3. von Knochen	14	6	2	—	10	—	—	12	}	—	12	—	2	6	—	11
XIV. Nähte oder Unterbindungen:																
1. Weichteile	18	—	—	21	—	6	1	107	—	—	—	—	37	2	—	—
2. Knochen	13	1	—	–	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3. Sehnen oder Nerven	15	4	—	—	—	—	—	7	—	—	5	—	5	1	—	—
4. Unterbindungen grosser Gefässe in der Kontinuität (Aneurysma- Venektasien etc.)	10	1	5	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	2	—	—
XV. Plastische Operationen:																
1. kosmetische	5	—	1	—	—	—	—	—	—	..	5	—	—	—	3	—
2. funktionelle	15	—	—	1	—	1	2	—	—	42	5	21	5	1	—	—
3. wegen Missbildungen: a) Hasenscharten und Wolfsrachen	6	—	—	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—	4	2	1
b) der Vesiko-Genital-Organe	—	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—
c. Sonstige	—	—	—	1	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—	–	2
XVa. Transplantationen	28	2	4	1	1	1	—	—	—	—	4	—	—	—	2	—
XVI. Nervenresektionen	—	2	—	—	–	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
XVII. Tenotomien und Myotomien	4	—	—	7	—	4	—	2	—	—	—	3	—	4	—	1
XVIII. Zahnextraktionen	10	—	—	—	—	—	—	71	—	—	—	—	—	1	—	—
XIX. Operation von Blasensteinen:																
1. mit Eröffnung der Blase	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
2. Endovesikal	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	4	1	—	—	—
XX. Tracheotomien	23	—	2	2	7		—	5	1	—	–	—	—	—	—	—
XXI. Hämorrhoidaloperationen	9	4	1	7	—	–	—	4	3	6	2	4	—	1	5	—
XXII. Sonstiges	28	—	–	15	30	2	1	—	—	59	10	—	–	21	7	5

Tab. IIIa 1.

Uebersicht

über die in den **Frankfurter Entbindungs-Anstalten** behandelten Personen

vom 1. Januar 1906 bis 31. Dezember 1906

Kindslage	Städtische Entbindungs-Anstalt							Dr. Christsche u. v. Mühlensche Entbindungs-Anstalt							Dr. Neubürgers Entbindungs-Anstalt						
	Verlauf der Entbindung							Verlauf der Entbindung							Verlauf der Entbindung						
	Sa.	Normaler Verlauf	Gestörter Verlauf	Mutter		Kind		Sa.	Normaler Verlauf	Gestörter Verlauf	Mutter		Kind		Sa.	Normaler Verlauf	Gestörter Verlauf	Mutter		Kind	
				lebend	tot	lebend	tot				lebend	tot	lebend	tot				lebend	tot	lebend	tot
1. Hinterhauptlage	481	437	44	481	—	446	35	264	262	2	263	1	254	10	182	180	2	182	—	175	7
2. Vorderhauptlage	1	1	—	1	—	1	—	1	1	—	1	—	1	—	3	3	—	3	—	3	—
3. Stirnlage . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	1	—	1	—
4. Gesichtslage. .	1	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2	—	2	—	1	1
5. Beckenendlage .	23	15	8	23	—	17	6	9	9	—	9	—	9	—	3	3	—	3	—	2	1
6. Querlage . . .	5		5	5	—	5	—	6	—	6	6	—	2	4	—	—	—	—	—	—	—
7. Mehrgeburt . .	7	5	2	7	—	14	—	4	4	—	4	—	8	—	2	2	—	2	—	4	—
8. Fehlgeburt . .	46	21	25	46	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	3	—	3	—	—	3

Uebersicht Tab. IIIa 1.

über die in den **Frankfurter Entbindungs-Anstalten** ausgeführten Operationen und Erkrankungen bei Schwangeren und Wöchnerinnen

vom 1. Januar 1906 bis 31. Dezember 1906.

	Städtische Entbindungs-Anstalt					Dr. Christsche und v. Mühlensche Entbindungs-Anstalt					Dr. Neubürgers Entbindungs-Anstalt				
	Summa	Mutter		Kind		Summa	Mutter		Kind		Summa	Mutter		Kind	
		lebend	tot	lebend	tot		lebend	tot	lebend	tot		lebend	tot	lebend	tot
1. Extraktion	12	12	—	9	3	6	6	—	2	4	—	—	—	—	—
2. Wendung	14	14	—	10	4										
3. Zange	30	30	—	26	4	2	2	—	2	—	1	1	—	1	—
4. Craniotomie	8	8	—	—	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
5. Einleitung der künstlich. Frühgeburt	12	12	—	10	2	2	2	—	2	—	—	—	—	—	—
6. Sectio caesarea	5	4	1*	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
7. Manuelle Placentarlösung.	6	6	—	—	—	4	4	—	4	—	1	1	—	1	—
8. Placenta praevia . . .	8	8	—	4	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
9. Eklampsie	10	10	—	5	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
10. Puerperalfieber	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	1	—
11. Sonstige (Dammnaht etc.)	67	67	—	—	—	11	11	—	—	—	10	10	—	—	—

*) Sectio mit Exstirpatio uteri totalis wegen Tumor pelvis u. Ruptura uteri

Uebersicht

Tab. III a2.

über die in den Frankfurter **gynäkologischen Kliniken** verpflegten Personen

vom 1. Januar 1906 bis 31. Dezember 1906.

Namen der **Krankheiten**	Städtische Entbindungsanstalt	Dr. Kallmorgens Frauenklinik	Privat Frauen-Klinik von Prof. Dr. Sippel
1. (162) a) Krankheiten der Vulva	—	2	—
b) „ „ Vagina und Urethra	—	6	2
c) Vaginalfistel	—	1	1
d) Prolaps der Vagina	2	16	24
2. (163) a) Menstruationsanomalien	7	6	44
b) Parametritis	—	3	—
3. (165, 168) a) Entzündungen des Uterus	—	25	—
b) „ der Ovarien	—	4	13 (b + c)
c) „ „ Tuben	—	10	
4. (166) Metrorrhagia non puerperalis	6	3	—
5. (167) Lageveränderungen des Uterus	1	17	19
6. (170) Uterinschwangerschaft	28	7	6
7. (171) a) Ektopische Schwangerschaft	—	5	6
8. 56 A a e und 56 B a u. b) Geschwülste:			
I. Bösartige:			
1. der Vulva und Haut	—	—	1
2. der Vagina	—	—	—
3. des Uterus:			
a) des Cervix	—	3	6
b) des Corpus	1	2	3
4. der Ovarien	—	1	—
5. der Tuben	—	—	—
6. der Brüste	—	—	2
II. Gutartige:			
1. der Vulva und Haut	—	2	—
2. der Vagina	—	—	1
3. des Uterus:			
a) des Cervix	1	3	2
b) des Corpus	1	4	9
4. der Ovarien	—	9	13
5. der Tuben	—	3	—
6. der Brüste	—	1	—
9. (11. 172 und 175) Folgekrankheiten der Entbindung einschliesslich der Erkrankungen der Brüste	—	3	—
10. (23) Geschlechtskrankheiten:			
a) Syphilis	12	—	—
b) Tripper	33	—	—
c) Weicher Schanker	—	—	—

Uebersicht Tab. IIIa 5.

über die in den Frankfurter **gynäkologischen Kliniken** vorgenommenen Operationen vom 1 Januar 1906 bis 31. Dezember 1906.

	Frankfurter Verein vom roten Kreuz	Vaterländischer Frauen-Verein	Diakonissen- und Krankenheilanstalt des Bethanien-Vereins	Dr. Kallmorgens Frauenklinik	Privatfrauenklinik von Prof. Sippel
I. Laboratomieen.					
A. Wegen Geschwülsten:					
1. des Uterus	9	5	8	6	10
2. der Ovarien	19	6	15	10	13
3. der Tuben	—	—	—	—	—
B. Wegen Entzündungen:					
1. des Uterus	—	—	—	—	
2. der Ovarien	14	—	—	—	}13
3. der Tuben	—	—	7	5	
C. Entfernung von Organen aus anderen Gründen:					
1. des Uterus	1	—	—	—	3
2. der Ovarien	1	—	—	—	—
3. der Tuben	—	—	—	—	—
D. Ventrofixation	18	4	5	8	13
E. Ektopische Schwangerschaft und deren Folgezustände	5	2	4	4	6
F. Sonstige	5	1	6	5	7
II. Vaginale Operationen.					
1. Kolporrhaphie und Perineoplastik	28	13	10	12	19
2. Prolapsoperationen	—	7	11	5	5
3. Fisteloperationen	2	1	—	1	1
4. Dehnung oder Spaltung des Cervix	8	12	8	7	10
5. Plastische Operationen am Cervix	8	5	—	5	14
6. Ausräumung eines Aborts	34	17	5	12	6
7. Ausschabung des Uterus	98	39	76	27	44
8. Fixation des Uterus	15	5	1	4	6
9. Entfernung von submucösen Geschwülsten	13	2	4	3	3
10. Entfernung des Uterus	22	2	7	2	4
11. Vaginale Koeliotomie	9	2	2	—	—
12. Sonstige	19	37	—	5	3
II. Sonstige Operationen	459	—	15	3	4

Uebersicht

Tab. IV.

über die in den **Frankfurter Heilanstalten für Geistes- und Nervenkranke** behandelten Personen, 1906.

	Namen der Krankheiten	Städt. Irrenanstalt		Dr. Dornblüths Sanat. für Nervenkranke		Dr. Rosenbaums Sanat. u. Wasserheilanstalt für israel. Nervenkranke	
		Behandelt*)	Gestorben*)	Behandelt	Gestorben	Behandelt	Gestorben
	I. Einfache erworbene Psychosen.						
1	Zwangsvorstellungen	—	—	1		2	—
2	Neurasthenie	11	—	20	—	1	—
3	Melancholie	5	—	3	—	5	1
4	Manie	3	—	1	—	3	—
5	Manisch-depressives Irresein	78	5	2	—	—	—
6	Erschöpfungspsychose	6	1	—	—	—	—
7	Katatonie	131	4	—	—	2	—
8	Hebephrenie	113	—	—	—	—	—
9	Dementia praecox	86	1	1	—	1	—
10	Chronische Verrücktheit	32	—	—	—	1	—
11	Kinderpsychose	2	1	—	—	—	—
	II. Konstitutionelle u. angeborene Psychosen.						
1	Erbl. degenerative Seelenstörung	19	—	1	—	—	—
2	Einfache Imbecillität	44	—	1	—	3	—
3	Associative Imbecillität	33	—	—	—	1	—
4	Idiotie	7	—	—	—	1	—
	III. Epileptisch-hysterische Formen.						
1	Einfache Epilepsie	54	—	1	—	—	—
2	Epilepsie bei Imbecillität oder Idiotie	15	—	—	—	—	—
3	Epilepsie mit Demenz	135	1	1	—	—	—
4	Epileptisches Irresein	—	—	—	—	2	—
5	Einfache Hysterie	20	—	7	—	—	—
6	Hysterisches Irresein	47	—	—	—	1	—
7	Gefängnispsychose	2	—	—	—	—	—
	IV. Alkohol- u. andere Intoxations-Psychosen						
1	Akuter Alkoholismus	37	—	—	—	—	—
2	Pathologischer Rausch	21	—	—	—	—	—
3	Delirium tremens	82	6	—	—	—	—
4	Akuter hallucinatorischer Alkoholwahnsinn	10	—	—	—	—	—

*) Vom 1. April 1906 bis 31. März 1907.

Noch Tab. IV.

	Namen der Krankheiten	Städt. Irren-Anstalt		Dr. Dornblüths Sanat. für Nervenkranke		Dr. Rosenbaums Sanat. u. Wasserheilanstalt für israel. Nervenkranke	
		Behandelt*)	Gestorben*)	Behandelt	Gestorben	Behandelt	Gestorben
5	Chronischer Alkoholismus . . .	336	1	2	—	—	—
6	„ „ bei Imbecillität	42	—	—	—	—	—
7	Alkoholepilepsie	180	—	—	—	—	—
8	Morphinismus	5	—	—	—	—	—
9	Begleitdelirien:						
	a) bei fieberhaften Krankheiten	12	8	—	—	—	—
	b) bei Urämie, Karcinomkachexie etc.	7	4	—	—	—	—
	V. Psychosen bei organischen Hirnkrankheiten						
1	Dementia paralytica	144	30	—	—	2	2
2	„ aterioskierotica . . .	54	10	—	—	—	—
3	„ postapoplectica . . .	21	9	—	—	—	—
4	„ senilis	92	24	1	—	—	—
5	Psychosen bei sonstigen organischen Hirnerkrankungen . . .	37	9	—	—	—	—

*) Vom 1. April 1906 bis 31. März 1907

Uebersicht

Tab. IIIc 1.

über die in den Frankfurter **Augenheilanstalten** behandelten Personen
vom 1. Januar 1906 bis 31. Dezember 1906.

Namen der Krankheiten	Frankfurter Augenheil-anstalt	Dr. Carls Augenklinik
1. (114a u. b) Erkrankungen der Augenlider . .	5	28
2. (114c Erkrankungen der Bindehaut:		
a. Blennorrhoe der Augen	1	—
b. Conjunctivitis granulosa	2	2
c. Sonstige Conjunktivitis	9	5
3. (114d) Erkrankungen der Lederhaut und der Hornhaut	75	115
4. (114e) Erkrankungen der Regenbogenhaut . .	11	11
5. (114f) " der Linse	33	123
6. (114g) " des Glaskörpers	—	1
7. (114h) " der Gefässhaut	9	5
8. (114i) Glaukom	2	23
9. (114k) Erkrankungen der Netzhaut	1	4
10. (114l) " der Sehnerven . . .	1	17
11. (114m) Refraktionsanomalien	—	—
12. (114n) Lähmungen der Augenmuskeln:		
a) muskuläres Schielen	11	38
b) Lähmungen und Krampf der äusseren und inneren Augenmuskeln	—	1
13. (114o) Erkrankungen der Tränenorgane . .	—	43
14. (56 A, B.) Neubildungen:		
a) bösartige (ausser Gliom):		
1. der äusseren Bedeckungen . . .	1	1
2. bulbäre	1	2
3. retrobulbäre	—	—
Gliom	—	2
b) gutartige	—	3
15. (37 a, e, f, q.) Verletzungen der Augen:		
a) Quetschungen	3	2
b) Wunden	4	22
c) Verbrennungen	5	11
d) Fremdkörper	2	5
16. (59a) Zellgewebsentzündung . . . . :	—	4

Uebersicht Tab. IIIc 2.

über die in den Frankfurter **Augenheilanstalten** vorgenommenen Operationen

vom 1. Januar 1906 bis 31. Dezember 1906.

	Frankfurter Augenheil-anstalt	Dr. Carls Augenklinik
A. Operationen an den Lidern und der Haut		
1. Ektropion- und Entropionoperationen, Operationen zur Beseitigung von Stellungsanomalien, Verwachsungen u. s. w. (Ptosis), Symblepharon u. a. (Trichiasis)	—	22
2. Ausschälung des Knorpels	2	6
3. Exstirpation des Tränensackes und der Tränendrüse	—	47
4. Exstirpation von Geschwülsten:		
a) von bösartigen	—	2
b) von gutartigen	—	5
5. Durchschneidung der Trigeminusäste	—	—
6. Plastische Operationen zur Deckung von Defekten	10	3
7. Sonstiges	—	—
B. Operationen am Augapfel.		
1. Schieloperationen:		
a) Tenotomie	14	55
b) Operation am Antagonisten des Schielmuskels	6	29
2. Kataraktoperationen:		
a) Diszission	6	18
b) Extraktion:		
mit Iridektomie	16	52
ohne "	4	16
c) einfache Linearextraktion	—	10
d) Nachstaroperation	7	29
3. Iridektomie	14	26
4. Iridotomie	—	2
5. Sklerotomie	—	8
6. Entfernung von Fremdkörpern:		
a) mittels Magnet	3	4
b) sonstige	—	—
7. Entfernung des Augapfels:		
a) durch Enukleation	5	11
b) durch Exenteration	—	2
8. Pterygiumoperation und Tätowierung	20	1
9. Sonstiges	14	6
C Orbitaloperationen		
1. Exenteration	—	—
2. Krönleinsche Operation	—	—
3. Punktion der Orbita	1	—
4. Sonstiges	—	—

Vierter Teil.

Bericht über die Tätigkeit des Kgl. Instituts für experimentelle Therapie im Jahre 1906.

Bericht über die Tätigkeit des Kgl. Instituts für experimentelle Therapie im Jahre 1906.

I. Prüfungstechnische Abteilung.

Neue Prüfungen von Diphtherieserum . . .	130	Nummern
Nachprüfung „ „ . . .	236	„
Neue Prüfungen von Tetanusserum . . .	14	„
„ „ „ Streptokokkenserum .	7	„
„ „ „ Ruhrserum	1	„
„ „ „ Tuberkulin	11	„
„ „ „ Schweinerotlaufserum .	53	„
„ „ „ Schweineseucheserum .	15	„
„ „ „ Geflügelcholeraserum .	1	„
„ „ „ Tauruman	11	„

Alle 2 Monate erfolgte Abgabe von Diphtherie-Standard-Serum an je 43 Abonnenten in allen Weltteilen. Eine der Haupttätigkeiten der Abteilung betraf die Aufrechterhaltung und Festsetzung der verschiedenen Standardtiter.

II. Bakteriologisch-hygienische Abteilung.

Es wurden während des Jahres 1906 2024 Objekte eingesandt

von den Aerzten der Stadt Frankfurt	1251	„
aus städtischen Krankenanstalten	744	„
aus dem Reg.-Bez. Wiesbaden	19	„
	2024	„

Davon betreffen 16 Untersuchungen Gonokokken,

58	"	Pneumokokken,
29	"	Meningokokken,
1324	"	Diphtheriebazillen,
92	"	Tuberkelbazillen,
2	"	Milzbrandbazillen,
283	"	Typhus etc.-Bazillen,
44	"	Influenzabazillen,
1	"	Tetanusbazillen,
2	"	Ankylostomumeier,
258	"	Widalsche Reaktionen,
27	"	Diazoreaktionen,
13	"	Angina Vincenti,
7	"	Bact. coli,
23	"	Bakterien(Blut, Galle etc.)
2179		

III. Experimentell-biologische Abteilung.

In 5 forensischen Fällen mit 11 Objekten war der Nachweis von Spuren von Menschenblut verlangt. An 6 Objekten wurde Menschenblut nachgewiesen. Zur Anwendung gelangte die Präzipitierungs-Methode nach Uhlenhuth-Wassermann und die Komplement-Ablenkungsmethode nach M. Neisser und H. Sachs.

Während des Jahres 1906 erschienen 24 wissenschaftliche Publikationen aus dem Institut.

Bericht über das Neurologische Institut im Jahre 1906.

Die Arbeiten des Instituts waren wesentlich durch die Aufgaben beeinflusst, welche die beabsichtigte Herausgabe einer vergleichenden Anatomie des Gehirns erforderte. Eine ganze Anzahl von Monographien einzelner Tiergehirne wurde geschaffen, von denen einige inzwischen in den Senckenbergischen Abhandlungen erschienen sind. Ausserdem wurde sehr intensiv an der Vervollständigung der Sammlungen gearbeitet.

Als Assistenten fungierten Dr. Schilling aus Wiesbaden und Dr. Ariens-Kappers aus Amsterdam; ferner waren als Präparatoren tätig. Dr. med. Biart aus Nord-Amerika und Fräulein Paula Meyer von hier. Praktikanten arbeiteten: Deutsche 4, Italiener 2, Holländer 1, Amerikaner 1.

Edinger.

Bericht über die Tätigkeit des Dr. Senckenbergischen pathologisch-anatomischen Institutes für das Jahr 1906.

Vom 1. Januar bis 31. Dezember 1906 wurden vom pathologischen Institut aus 1082 Sektionen ausgeführt (gegen 1108 im Vorjahre).

Ferner wurden 1588 (1626 im Jahre 1905) mikroskopische Untersuchungen für hiesige und auswärtige Aerzte vorgenommen.

13 einheimische und 12 auswärtige Herren, eine einheimische und eine auswärtige Dame arbeiteten im Institut; von den auswärtigen waren 1 aus Amerika, 2 aus Oesterreich, 10 aus Deutschland.

Wie früher waren einige Studenten in den Ferien zu ihrer weiteren Ausbildung im Institut tätig.

In den Sitzungen des Aerztlichen Vereins wurden regelmässig Präparate demonstriert.

I. A.: Dr. Edgar Goldschmid.

Fünfter Teil.

Aerztliches Fortbildungswesen.

Aerztliche Fortbildungskurse.

Winter 1905/06.*)

a) Kurslehrer bezw. Vortragende: (19) und zwar

Prof. Dr. Albrecht, Prof. Dr. Edinger, Geh.-Med.-Rat Prof. Dr. Ehrlich, Dr. Embden, San.-Rat Dr. Harbordt, Dr. Herxheimer, Dr. Hübner, Dr. Knoblauch, Prof. Dr. Marx, Prof. Dr. Neisser, Prof. Dr. v. Noorden in Verbindung mit Dr. Kalberlah, Dr. Nötzel, Prof. Dr. Rehn, Dr. Salomon, Dr. Sioli, Dr. Streng, Prof. Dr. Treupel, San.-Rat Dr. Vömel.

b) Frequenz: 213 Aerzte; 165 aus der Stadt (darunter 28 Hilfsärzte) 48 aus der Umgegend.

Es nahmen Teil:

82	Aerzte	an	1	Kurs
49	"	"	2	Kursen
32	"	"	3	"
16	"	"	4	"
14	"	"	5	"
9	"	"	6	"
5	"	"	7	"
3	"	"	8	"
1	Arzt	"	9	"
2	Aerzte	"	10	"

*) 1906/07 wurde versehentlich im Jahresbericht 1905 abgedruckt

Auswärtige Aerzte haben 48 teilgenommen, gegen 31 im Vorjahre, und zwar aus:

Offenbach	12	Niederramstadt	1
Wiesbaden	2	Homburg	3
Hofheim	2	Eschersheim	2
Cronberg	1	Oberursel	1
Hanau	5	Eppstein	1
Königstein	1	Isenburg	1
Krefdorf	1	Kl. Schwalbach	1
Nauheim	1	Kelkheim	1
Schwanheim	1	Griesheim	1
Fechenheim	1	Sindlingen	1
Sossenheim	1	Hattersheim	1
Soden	3	Bischofsheim	1
Hausen	1	Döringheim	1

Den Kursen lag folgendes Programm zugrunde:

1. Dr. Albrecht: Ausgewählte Kapitel der Pathologie. Mittwoch 6 bis 7 Uhr im grossen Hörsaal des Dr. Senckenbergischen Institutes. Beginn 18. Oktober. (98 Teilnehmer.)
2. Prof. Dr. Edinger: Demonstrationskursus der menschlichen Hirnanatomie. Donnerstag 6 bis 7 Uhr im grossen Hörsaale des Dr. Senckenbergischen Institutes. Beginn 20. Oktober. (45 Teilnehmer.)
3. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Ehrlich: Klinische Histologie des Blutes. Montag $^1/_2$6 bis $^1/_2$7 Uhr im grossen Hörsaal des Dr. Senckenbergischen Institutes. Beginn 30. Oktober. (50 Teilnehmer).
4. Dr. Embden: Kursus der Pathochemie. Donnerstag 6 bis 7 Uhr im städtischen Krankenhause. Beginn 2. November. (20 Teilnehmer).
5. Dr. Hübner: Therapie der für den praktischen Arzt wichtigsten Haut- und Geschlechtskrankheiten einschliesslich der Lichttherapie. Dienstag 6$^1/_4$ Uhr im städtischen Krankenhause. Beginn 7. November. (23 Teilnehmer.)
6. Dr. Knoblauch: Klinische Demonstrationen aus dem Gebiete der Neurologie und der Alterskrankheiten. Freitag 6 bis 7 Uhr im städtischen Siechenhause vom 27. Oktober bis 22. Dezember. (32 Teilnehmer.)
8. Prof. Dr. Neisser: Neueres über bakterielle und nicht bakterielle Infektionskrankeiten. Dienstag und Sams-

tag 6 bis 7 Uhr im Hörsaal der Anatomie des Dr. Senckenbergischen Institutes vom 24. Oktober bis Weihnachten. (35. Teilnehmer.)

8. Prof. Dr. v. Noorden in Verbindung mit Dr. Kalberlah: Klinische Demonstrationen alle 14. Tage. Freitag 12 bis 1 Uhr im städtischen Krankenhause. Beginn 17. November. (19 Teilnehmer.)
9. Prof. Dr. Rehn: Ausgewählte Kapitel der Chirurgie. Donnerstag 6 bis 7 Uhr im städtischen Krankenhause vom 30. November bis 25. Januar. (13 Teilnehmer).
10. Dr. Salomon: Physikalische Therapie mit Demonstrationen. Montag 12 bis 1 Uhr im städtischen Krankenhause. Beginn 6. November. (22 Teilnehmer.)
11. Dr. Sioli: Akute Geisteskrankheiten. Samstag 6 bis 7 Uhr in der städtischen Irrenanstalt. Beginn 28. Oktober. (50 Teilnehmer).
12. Dr. Streng: Klinische Demonstrationen. Donnerstag 12 bis 1 Uhr im Bürgerhospital. Beginn 16. November. (16 Teilnehmer.)
13. Prof. Dr. Treupel: Klinische Demonstationen. Dienstag 6 bis 7 Uhr im Hospital zum Heiligen Geist. Beginn 7. November. (33 Teilnehmer.)
14. San.-Rat Dr. Vömel: Ausgewählte Kapitel der Geburtshilfe und Gynäkologie, geburtshilfliche Operationen, sowie Pflege und Ernährung der Säuglinge. Dienstag 5 bis 6 Uhr in der städtischen Entbindungsanstalt. Beginn 7. November. (21 Teilnehmer.)
15. San.-Rat Dr. Harbordt: Erfahrungen aus der Praxis für die Praxis. Freitag 6 bis 7 Uhr im Hospital zum Heiligen Geist. Beginn 12. Januar. (10 Teilnehmer.)
16. Dr. Herxheimer: Demonstrationskursus der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Dienstag $^3/_4$6 bis $^3/_4$7 Uhr im städtischen Krankenhause vom 15. Februar bis 15. April. (29 Teilnehmer.)
17. Prof. Dr. Marx: Wasserversorgung und Städtereinigung. Donnerstag 5 bis 6 Uhr im grossen Hörsaal des Dr. Senckenbergischen Institutes. (10 Teilnehmer.)
18. Dr. Nötzel: Ueber moderne Behandlungsmethoden chirurgischer Infektionskrankheiten, mit besonderer Berücksichtigung der Bierschen Hyperämiebehandlung. Donnerstag 6 bis 7 Uhr im städtischen Krankenhause. Beginn 1. Februar. (21 Teilnehmer.)

Zu den einzelnen Kursen sind gemeldet:

			1905/06	1904/05
1.	Dr.	Albrecht	95	42
2.	„	Edinger	44	49
3.	„	Ehrlich	48	47
4.	„	Embden	20	—
5.	„	Hübner	23	—
6.	„	Harbordt	15	37
7.	„	Herxheimer	36	37
8.	„	Knoblauch	32	13
9.	„	Neisser	35	6
10.	„	Nötzel	16	—
11.	„	Noorden und Kalberlah	19	32
12.	„	Marx	10	—
13.	„	Rehn	12	31
14.	„	Salomon	23	—
15.	„	Sioli	50	—
16.	„	Streng	16	19
17.	„	Treupel	32	39
18.	„	Vömel	20	19

Koenig.

Anhang.

Bericht über die Vermehrung der Bibliothek im Jahre 1906.

Von Dr. G. Wahl,
Bibliothekar der Senckenbergischen Bibliothek.

Vom nächsten Jahre ab wird der Bibliotheksbericht in anderer Form erscheinen. Für das Jahr 1906 mögen folgende kurze Bemerkungen über die Vermehrung der Bibliothek genügen.

I. Kauf.

Im Berichtsjahre hat der Aerztliche Verein die im vorjährigen Bibliotheksbericht — vgl. Jahresbericht des Aerztlichen Vereins zu Frankfurt a. M. 1905, München 1908, S. 141 ff. — aufgeführten periodischen Schriften grösstenteils weiterbezogen; folgende Aenderungen sind eingetreten:

1. Annales d'hygiène publique sind nur bis Band 42, 1899 gehalten worden; die Fortsetzung fehlt leider.
2. Medizinische Klinik und Beihefte ist neu hinzugekommen.
3. Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete des Militärsanitätswesens hrsg. von Roth, wurde leider seit Jahrg. 28, 1902 nicht mehr gehalten.
4. Deutsche Medizinal-Zeitung dto. seit Band 26, 1905.
5. Zeitschrift für Fleisch- und Milchhygiene dto. seit Band 14, 1904.
6. Zeitschrift für Gewerbehygiene dto. seit Band 11, 1904.
7. Zeitschrift für Untersuchung der Nahrungs- und Genussmittel dto. seit Band 7, 1904.
8. Deutsche militärärztliche Zeitschrift dto. seit Bd. 33, 1904.

An Lieferungswerken ist hinzuzufügen:

Deutsche Chirurgie,
Real-Enzyclopädie der gesamten Heilkunde hrsg. von Eulenburg, 3. Aufl.

Neugekauft:

Weigert, Ges. Abhandlungen 1. 2.

II. Tausch.

Gegen den an über 100 Gesellschaften, Korporationen etc. versandten Jahresbericht des Aerztlichen Vereins gehen jährlich nur von 12 bis 14 auswärtigen Gesellschaften Gegengaben ein. Dieser Zustand bedarf der Reform.

III. Geschenke.

Von den nachbenannten Personen und Korporationen gingen im Berichtsjahre Geschenke ein:

DDr. Auerbach, O. Burwinkel-Bad Nauheim; Cahen-Brach; San.-Rat Em. Cohn; Prof. Edinger; Erlangen, Phys.-med. Sozietät, Frankfurter Zeitung; Feiburg i. Br., Naturforschende Gesellschaft; Julius Friedlaender; Geh. Rat Grandhomme; Giessen, Oberhess. Gesellschaft für Natur- und Heilkunde; Dr. med. Hanauer; R. Kaufmann; Klieneberger; San.-Rat L. Laquer; Loeb sen.; Loeb jun.; A. Nonne; Stabsarzt R. Otto; Panconcelli-Calzia-Marburg; Geh. Rat Rehn; Rosengart; Rosenmeyer; J. Rotschild; San.-Rat Scherck-Homburg; Prof. A. Sippel; Prof. Treupel; Upsala, Upsala Läkare Förening; Utrecht; Centrale Gezondheidsraad Frl. Dr. Winterhalter; Würzburg, Phys.-Med. Gesellschaft.

Druckfehlerberichtigung.

Auf Seite 196 in Absatz 2, Zeile 4 von oben muss es anstatt 1069 **10 069** Geburten heissen.

Jahresbericht

des

Aerztlichen Vereins

zu

Frankfurt a. M.

1907.

München
Verlag von J. F. Lehmann
1909.

Jahresbericht

des

Aerztlichen Vereins

zu

Frankfurt a. M.

1907.

München
Verlag von J. F Lehmann
1909.

J. F. Lehmann's Verlag in München.

Lehmann's medizinische Handatlanten

nebst kurzgefassten Lehrbüchern.

Bd. 1. **Atlas und Grundriss der Lehre vom Geburtsakt und der operativen Geburtshilfe.** In 155 teils vielfarbigen Abbild. Von Dr. O. Schäffer. 5. Aufl. geb. Mk. 8.—.

„ 2. **Anatomischer Atlas der geburtshilflichen Diagnostik und Therapie.** Mit 160 meist farbigen Abb. und 318 Seiten Text. Von Dr. O. Schäffer. 2. Auflage. geb. Mk. 12.—.

„ 3. **Atlas und Grundriss der Gynäkologie.** Mit 207 meist farbigen Abbild. und 262 Seiten Text. Von Dr. O. Schäffer. 2. Auflage. geb. Mk. 14.—.

„ 4. **Atlas und Grundriss der Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase.** Mit 42 farb. Tafeln und 39 Textabb. Von Dr. L. Grünwald. 2. Auflage. geb. Mk. 12.—.

„ 5. **Atlas und Grundriss der Hautkrankheiten.** Mit 77 vielfarbigen Tafeln u. 50 schwarz. Abbild. Von Prof. Dr. Mracek. 2. Auflage. geb. Mk. 16.—.

„ 6. **Atlas und Grundriss der Syphilis und der venerischen Krankheiten.** 2. Aufl. Mit 81 vielfarbigen Tafeln u. 26 schwarz. Abbild. Von Prof. Dr. Mracek. geb. Mk. 16.—.

„ 7. **Atlas und Grundriss der Ophthalmoskopie und ophthalmoskopischen Diagnostik.** Mit 151 farb. Abbildungen. Von Prof. Dr. O. Haab. 5. Auflage. geb. Mk. 12.—.

„ 8. **Atlas und Grundriss der traumatischen Frakturen und Luxationen.** Mit 76 farb. Tafeln und 238 Abb. im Text. Von Prof. Dr. Helferich. 7. Aufl. geb. Mk. 12.—.

„ 9. **Atlas des gesunden und kranken Nervensystems** nebst Abriss der Anatomie, Pathologie u. Therapie desselben. Von Prof. Dr. Ch. Jakob. Mit Vorrede von Prof. v. Strümpell. 2. Auflage. geb. Mk. 14.—

„ 10. **Atlas und Grundriss der Bakteriologie und bakteriolog. Diagnostik.** Mit zirka 700 farbigen Abb. Von Prof. Dr. K. B. Lehmann und Prof. Dr. R. O. Neumann. 4. Aufl. 2 Bände geb. Mk. 18.—.

„ 11/12. **Atlas und Grundriss der pathologischen Anatomie** in 120 farbigen Tafeln. Von Prof. Dr. O. v. Bollinger. 2 Bände. 2. Auflage. geb. je Mk. 12.—.

„ 13. **Atlas und Grundriss der Verbandlehre.** Von Prof. Dr. A. Hoffa in Berlin. In 148 Tafeln. 3. Auflage. geb. Mk. 8.—.

„ 14. **Grundriss der Kehlkopfkrankheiten und Atlas der Laryngoskopie.** Von Dr. L. Grünwald 2. Auflage. Mit 112 Abbild. auf 47 farb. Tafeln und 26 schwarzen Textabbildungen. geb. Mk. 10.—.

„ 15. **Atlas und Grundriss der internen Diagnostik.** In zirka 70 farbigen Tafeln. Von Privatdoz. Dr. Steyrer und Prof. Dr. Strauss. (Erscheint Winter 1909.) geb. zirka Mk. 14.—.

„ 16. **Atlas und Grundriss der chirurgischen Operationslehre.** Von Prof. Dr. O. Zuckerkandl. Mit 45 farb. Tafeln und 356 Textabb. 4. Auflage. geb. Mk. 12.—.

„ 17. **Atlas und Grundriss der gerichtlichen Medizin** unter Benutzung von E. v. Hofmanns Atlas der gerichtlichen Medizin, herausgegeben von Prof. Dr. G. Puppe, Königsberg. Mit 70 farbigen Tafeln und 204 Textillustrationen. geb. Mk. 20.—.

„ 18. **Atlas und Grundriss der äusserlich sichtbaren Erkrankungen des Auges.** Von Prof. Dr. O. Haab in Zürich. Mit 86 farb. und 13 schwarz. Abbildungen. 3. Aufl. geb. Mk. 10.—.

„ 19. **Atlas und Grundriss der Unfallheilkunde.** 40 farbige Tafeln, 141 Textabbildungen. Von Dr. Ed. Golebiewski in Berlin. geb. Mk. 15.—.

„ 20/21. **Atlas und Grundriss der pathologischen Histologie.** Spezieller Teil. 120 farbige Tafeln. Von Prof. Dr. H. Dürck. 2 Bände. geb. je Mk. 11.—.

„ 22. — — **Allgemeiner Teil.** Mit 77 farb. lithogr. und 31 z. T. zweifarb. Buchdr.-Tafeln. Von Prof. Dr. H. Dürck. geb. Mk. 20.—.

„ 23. **Atlas und Grundriss der orthopäd. Chirurgie.** Von Dr. A. Lüning und Dr. W. Schulthess. Mit 16 farbigen Tafeln und 366 Textabbildungen. geb. Mk 16.—.

„ 24. **Atlas und Grundriss der Ohrenheilkunde.** Herausgegeben von Dr. G. Brühl und Prof. Dr. A. Politzer. 2. Aufl. Mit 47 farb. Taf. und 163 Textabb. geb. Mk. 12.—.

„ 25. **Atlas und Grundriss der Unterleibsbrüche.** Von Professor Dr. G. Sultan in Berlin. Mit 36 farbigen Tafeln und 83 Textabbildungen. geb. Mk. 10.—.

„ 26. **Atlas und Grundriss der Histologie und mikroskopischen Anatomie des Menschen.** Von Prof. Dr. J. Sobotta in Würzburg. Mit 80 farb. Taf. u. 68 Textabbildungen. geb. Mk. 20.—.

„ 27. **Atlas und Grundriss der Psychiatrie.** Von Professor Dr. W. Weygandt. 43 Bogen Text, 24 farb. Taf., 276 Textabbildungen u. 1 Anstalts-Karte. geb. Mk. 16.—.

„ 28. **Atlas und Grundriss der gynäkolog. Operationslehre.** Von Privatdozent Dr. O. Schäffer 42 farbige Tafeln und 21 zum Teil farbige Textabbildungen. geb. Mk. 12.—

„ 29. **Atlas und Grundriss der Diagnostik und Therapie der Nervenkrankheiten** von Prof. Dr. W. Seiffer in Berlin. Mit 26 farbig. Taf. und 264 Textabb. geb. Mk. 12.—.

„ 30. **Lehrbuch und Atlas der Zahnheilkunde** mit Einschluss der Mundkrankheiten von Privatdozent Dr. Gust. Preiswerk. 2. Aufl. Mit 50 farbigen Tafeln und 141 Textabbildungen. geb. Mk. 14.—.

„ 31. **Atlas und Grundriss der Lehre von den Augenoperationen** von Prof. Dr. O. Haab in Zürich. Mit 30 farbigen Tafeln und 154 schwarzen Abbildungen. geb. Mk. 10.—.

„ 32. **Atlas und Grundriss der Kinderheilkunde** von Privatdozent Dr. R. Hecker und Privatdozent Dr. J. Trumpp. Mit 48 farbigen Tafeln und 144 Abbildungen. geb. Mk. 16.—.

„ 33. **Lehrbuch und Atlas der zahnärztlichen Technik** von Privatdozent Dr. G. Preiswerk. Mit 21 vielfarb. Taf. u. 362 schwarzen u. farb. Abbild. geb. Mk. 14.—.

„ 34. **Atlas und Grundriss der allgemeinen Chirurgie** von Prof. Dr. Gg. Marwedel. Mit 28 farb. Tafeln und 171 Textabbild. geb. Mk. 12.—.

„ 35. **Atlas und Grundriss der Embryologie der Wirbeltiere und des Menschen** von Professor Dr. A. Gurwitsch in St. Petersburg. Mit 143 vielfarb. Abbild. auf 59 Tafeln und 186 schwarzen Textabb. geb. Mk. 12.—.

„ 36. **Grundriss u. Atlas der speziellen Chirurgie.** Von Prof. Dr. G. Sultan in Berlin. Bd. I. Mit 40 vielf. Taf. und 218 zum Teil zwei- u. dreifarb. Textabbild. Text 29 Bogen 8°. geb. Mk. 16.—.

„ 37. — — Bd. II. Erscheint im Sommer 1909.

INHALT.

Erster Teil:

Seite
Wissenschaftliche Sitzungsberichte des Aerztlichen Vereins 1—120

Sachregister.

a) Wissenschaftliches.

b) Geschäftliches.

Autorenregister.

Zweiter Teil:

Dritter Teil:

Vierter Teil:

Fünfter Teil:

Erster Teil.

Wissenschaftliche Sitzungsberichte des Aerztlichen Vereins

Sonderdruck aus der Münchener medizinischen Wochenschrift.

Ordentliche Sitzung vom 7. Januar 1907, abends 7 Uhr, im grossen Hörsaal der Senckenbergschen Bibliothek.

Vorsitzender: Herr Sippel.
Schriftführer: Herr Seligmann.

Herr **Bolt: Demonstrationen** aus dem pathologischen Institut.

1. **Duodenalgeschwür,** stationär; hatte keine Erscheinungen gemacht. 50 jähriger Mann.
2. **Ulzeröse Endokarditis** der Aortenklappen bei 20 jährigem Mädchen. Davon ausgehende Septikopyämie (Nierenabszesse, Encephalitis haemorrhagica).
3. Faustgrosse verkalkte **Struma** bei 90 jähriger Frau.
4. **Atrophische Leberzirrhose.**
5. **Chronische eitrige Perikarditis.** Fettige Degeneration des Myokards bei 25 jährigem Mann. Perikardfistel. Abgebrochene Stecknadel, in die linke Perikardwand eingewachsen.
6. **Totaler Prolaps** mit **Zystocele.** Hydronephrose.
7. Abgekapselter perityphlitischer **Abszess,** perforiert durch die Bauchmuskulatur in das subkutane Gewebe oberhalb der Symphyse bei ca. 70 jährigem Mann.
8. Diffuse **Peritonitis** und Allgemeininfektion, ausgehend von puerperalen Uterusgeschwüren. Metrophlebitis und Thrombophlebitis der linken V. spermatica. Zangengeburt. Tod am 12. Tage post partum.
9. Ausgedehntes **Adenokarzinom des Colon sigmoideum bei** 53 jähriger Frau. Tod an Inanition.

Herr **Avellis: Ein Fall von operiertem Kehlkopfkrebs.**

Vorstellung eines 70 jährigen Herrn, der durch Laryngotomie von einem im Ventric. Morg. sitzenden Kehlkopfkrebs befreit wurde. Beschwerdelose, heisere Stimme. Operation in Skopolamin-Morphium-Narkose und unter Anwendung von Kokain und Adrenalin. Trotzdem Blutung aus der Schleimhaut, die mit dem Kauter gestillt werden musste. Keine Tamponade, keine Kanüle; Wunde vollkommen offen gelassen, nur Naht des oberen Wundwinkels. Schildknorpel war so verknöchert, dass er sich nicht durch Draht vereinigen liess. Schlucken am nächsten Tage gut. 6 Stunden nach der Operation Kollaps, Fieber, Schweisse, Zyanose ohne Brustbefund. Möglicherweise den Arzneien ($^{6}/_{10}$ mg Skopolamin) zu verdanken. Heilung in 3 Wochen.

Diskussion: Herr F. Strauss: Herr Avellis glaubte das Skopolamin für die postoperative Temperatursteigerung ver-

antwortlich machen zu sollen. Ich glaube nicht, dass das Skopolamin die Ursache sein wird. Denn nach mehreren Skopolamin-Morphium-Narkosen bei grösseren operativen Eingriffen sah ich keinerlei Temperatursteigerung. Die dabei angewandten Skopolamindosen übertrafen die von Herrn A. gegebenen um das Doppelte und Dreifache.

Herr **F. Strauss** demonstriert einen Fall von **paroxysmaler Hämoglobinurie.** Auf den ersten Blick kann man leicht verleitet werden, die Hämoglobinurie für eine Hämaturie zu halten und ihre Ursache in einer Erkrankung der Harnorgane zu suchen. Indessen bei näherer Betrachtung des Urins muss die ins Bräunliche spielende Farbe, die dünne Farbe, oder auch die Lackfarbe des blutigen Urins den Verdacht auf Hämoglobinurie erregen. Die Diagnose lässt sich so auch ohne Mikroskop stellen. Das Mikroskop zeigt als diagnostisch ausschlaggebendes Moment das Fehlen der roten Blutkörperchen.

Als auslösendes Moment des Blutfarbstoffharnens ist bei unserem Patienten der Kältereiz zu betrachten. Mit der Sicherheit des Experiments tritt ein Anfall von Hämoglobinurie auf, wenn man den Patienten auf kalten Fussboden, in kaltes Wasser wenige Minuten stehen lässt. Demgemäss hat sich die symptomatische Therapie danach zu richten, die Extremitäten des Patienten warm zu halten. Wir behandeln ihn zunächst mit heisser Luft. In der Anamnese befindet sich Lues.

Herr **Richartz: Demonstration von seltenen Harnkristallen.**

Herr Richartz demonstriert Gipskristalle aus einem stark sauern Harn. Der betreffende Patient litt an einem Ulcus ad pylorum, welches zu fast völliger Stenose geführt hatte. Eine schwere Hämorrhagie zwang zur Gastroenterostomie, nach deren Ausführung die Gipsausscheidung sofort aufhörte. Ausser den Nadel- und Sternformen fanden sich vereinzelt längliche rhombische Platten, die bis jetzt im Harnsediment nicht beschrieben sind, die auch bei dem käuflichen kristallinischen Gips (Calc. phosphor. praecipit. pur.) nicht vorzukommen scheinen, wogegen in der Natur der Gips gerade in langrhombischen Platten als Mineral existiert. Eine diagnostische Bedeutung scheint dem Kalziumsulfat im Harn nicht zuzukommen. Bei den bisher beobachteten wenigen (6) Fällen handelte es sich um durchaus heterogene Grundkrankheiten. Herr R. berührt noch kurz die — noch wenig erforschten — Bedingungen, unter denen es zur Gipsausscheidung kommt: angebliche Verminderung der Blut- und Harnalkalien bei vermehrtem Harnschwefelgehalt und zeigt dann eine bisher nicht beobachtete sehr charakteristische Kristallform aus alkalischem Urin von einem 44 jährigen Neurastheniker, der an orthostatischer Albuminurie, ferner an genuiner muskulärer Insuffizienz des Magens litt und häufig Phosphaturie in der bekannten Art aufwies. Die Kristalle, die zweimal in grosser Menge und als fast ausschliessliches Sediment beobachtet wurden, zeichnen sich durch ihre Grösse — bis zu 1,5 mm lang — und ihr starkes Lichtbrechungsvermögen aus. Sie erscheinen als Doppelbüschel, zusammengesetzt aus langen vierkantigen spitzen Nadeln, die sich mit dem breiteren Ende vereinigen. Die Elementaranalyse ergab Phosphor, Magnesium, Ammoniak und Kalzium (Spuren). Die Molekularformel lässt sich zurzeit mit Sicherheit nicht angeben.

Herr **Eulenstein: Die eitrigen Erkrankungen des Labyrinths.**

Vortr. bespricht zuerst an der Hand von Wandtafeln und Knochenpräparaten die Anatomie des Labyrinths, mit besonderer Berücksichtigung der äusseren Labyrinthwand und der in das Schädelinnere führenden präformierten Wege, sodann die Aetiologie, sowie die Wege, die der Eiter von aussen und von der Schädelhöhle her (bei Extraduralabszess, Zerebrospinalmeningitis) in das Labyrinth nimmt. Die Bogengangsfisteln, sowohl die von aussen als die von innen her entstehenden, werden eingehend gewürdigt. Nach Besprechung der pathologisch-anatomischen Vorgänge beim Eitereinbruch ins Labyrinth erläutert der Vortragende die Entstehung der zirkumskripten und diffusen eitrigen Labyrinthitis an der Hand einer schematischen Darstellung des Labyrinths und bespricht die nekrotischen Prozesse, sowie die Entstehungsart der vom Labyrinth auf das Schädelinnere übergreifenden Eiterungen. Demonstration eines Präparates, an dem eine siebartige Durchlöcherung des Labyrinths durch Tuberkulose zu sehen ist. Bezüglich der Diagnose werden die einzelnen Symptome der Labyrinthitis, sowohl die Reiz- als die Ausfallserscheinungen von seiten des Schnecken- und Vestibularapparates der Reihe nach eingehend erörtert und besonders die Bedeutung des Nystagmus, sowie die v. Steinschen statischen und dynamischen Versuche zur Feststellung der Gleichgewichtsstörungen eingehend behandelt und auf die Schwierigkeiten der Diagnose bei fehlenden oder nicht eindeutigen Symptomen hingewiesen. Darauf bespricht der Vortr. die Differentialdiagnose zwischen Labyrinthitis und Kleinhirnabszess, sowie der zirkumskripten und sich ausbreitenden Meningitis, erwähnt die durch Druck in den Mittelohrräumen entstehenden Labyrinthsymptome und geht besonders auf die Symptome des Schwindels und des Nystagmus in differentialdiagnostischer Hinsicht ein und weist schliesslich auf die Bedeutung der toxischen Neuritis der Gehörnerven, sowie auf die Wichtigkeit der Berücksichtigung der Temperatur (bei Labyrinthitis kein Fieber) und des Allgemeinbefindens hin. Nach Besprechung der Prognose wird auf die Berechtigung zu operativem Eingreifen hingewiesen und werden die Indikationen zur Operation erläutert. Schliesslich werden die Grundsätze, von denen die operative Therapie der Labyrintheiterungen auszugehen hat und die postoperativen Funktionsstörungen kurz besprochen.

Diskussion: Herr Avellis: Es gibt Migräneäquivalente, die alle Symptome einer Labyrintherkrankung (Schwindel, Ohrensausen, Erbrechen, auch Schwerhörigkeit und Nystagmus auf-

weisen und die nicht bloss bei Ohrgesunden (sehr selten), sondern gerade bei Ohrkranken beobachtet werden können. Einmal den plötzlichen Uebergang des Ohrensausen etc. von einer Seite zur anderen bei einem älteren Herren beobachtet. Solche Migräneäquivalente werden auch öfters für Menière gehalten und die Kranken unnütz geängstigt. Es können ferner ganz geringfügige Reizungen nach Operationen alle Symptome einer eitrigen Labyrintherkrankung hervorrufen. A. beschreibt einen Fall von plötzlichem Nystagmus, Schwindel, Erbrechen, wo ein vergessener kleiner Knochensplitter dem äusseren Bogengang anlag. Nach seiner Entfernung hörten sofort alle schweren Erscheinungen auf.

Herr Hirschberg fragt den Vortragenden, ob bei den eitrigen Labyrintherkrankungen Fieber vorhanden ist und ob durch die Operation das Gehör ganz verloren geht.

Herr Vohsen betont die Wichtigkeit funktioneller Untersuchung des erkrankten Ohres zur rechtzeitigen Diagnose von Labyrintherkrankungen und weist auf die Wichtigkeit des Weberschen Versuchs für den praktischen Arzt hin. Wenn die Stimmgabel vom Scheitel bei einer akuten Erkrankung ins kranke Ohr gehört wurde und das Verhalten plötzlich sich umkehrt, so ist eine Labyrintherkrankung wahrscheinlich. Die Diagnose wird auch dadurch erschwert, dass Gleichgewichtsstörungen sehr leicht vom Ohr ausgelöst werden können. Heute Morgen habe ich einen Patienten mit geheilter Radikaloperation und relativ gutem Gehör auf dem kranken Ohr untersucht, bei dem die blosse Berührung der Gegend des Horizontalkanals blitzartigen Anfall von Schwindel hervorrief. Gleiche Anfälle beobachtete ich bei einem von anderer Seite ohne Erfolg operierten Falle von Felsenbeinkaries, wo eine Lücke im Horizontalkanal war. Hier traten die Anfälle auch spontan und beim leichtesten Ausspülen auf. Eine gründliche Beseitigung des Herdes, der bis an die hintere Fläche der Pyramide reichte, heilte die Kranke dauernd von ihren Anfällen. Der offene und trockene Horizontalkanal blieb bei der Operation unberührt. Bei den Radikaloperationen ist der Nachweis einer Labyrinthfistel nicht immer leicht. Bei der Kleinheit der Verhältnisse und dem Reizzustand der Gewebe können solche trotz exakter Blutstillung einem leicht verborgen bleiben. Das Jansensche Material von 13 Fällen entstammt zum guten Teil Verletzungen bei der Operation.

Ordentliche Sitzung vom 21. Januar 1907, abends 7 Uhr, im grossen Hörsaal der Senckenbergschen Bibliothek.

Vorsitzender: Herr Sippel.
Schriftführer: Herr Seligmann.

Herr **Brenner: Demonstrationen** aus dem pathologischen Institut.

1. Eine fibröse **Endokarditis** der Aortenklappen mit Retraktion des Randes der Klappen, der zu einer Insuffizienz der Klappe mit anschliessender starker Dilatation des linken Ventrikels, geringgradiger Hypertrophie der Muskulatur an der Basis, Verdünnung und Ausbuchtung in der Spitze des Ventrikels führte.

2. Zwei Fälle von luetischer **Aortitis,** der eine verbunden mit einer Endokarditis der Aortenklappen, die ähnlich wie in dem vorigen Fall zu einer Dilatation des linken Ventrikels führten. Beide Aorten sind in ihrem aufsteigenden Teil sehr weit und zeigen von den Klappen an ausgedehnte plaquesförmige Einlagerungen, stellenweise starke Riffelung der Intima. Auch in ihrem absteigenden Teil ist die Aorta noch sehr weit, bis zu 6 cm, während sie ziemlich unvermittelt vom Abgang der grossen Gefässe ein viel geringeres, nur etwa 3—4 cm weites Lumen und fast ganz glatte Wand zeigt.

3. Eine **Zerreissung der Aorta** dicht unterhalb des Abgangs der grossen Gefässe. Die Aorta ist zirkulär bis auf etwa 1 cm durchrissen. Der Blutstrom hat sich entlang der Wirbelsäule und den grossen Gefässen fortgewühlt, nach unten bis zum Zwerchfell, und so ein mit Blutgerinnsel und flüssigem Blut ausgefülltes Aneurysma disecans gebildet. Der etwa 55 jähr. Patient war vor etwa 14 Tagen unter plötzlichen schweren Herzerscheinungen erkrankt. Er klagte über starke Schmerzen in der Herzgegend, erholte sich aber wieder und starb nun plötzlich bei einer grösseren Anstrengung beim Aufsetzen im Bett innerhalb weniger Sekunden. Es ist wohl anzunehmen, dass die Ruptur der Aorta vor etwa 14 Tagen eintrat, Sie sehen mikroskopisch auch die Organisation der der Wand des Aneurysmas anliegenden Thrombenmassen, die Todesursache war eine Zerreissung des Aneurysmasackes mit enormer Blutung in die rechte Pleurahöhle, in der sich bei der Sektion 3—4 Liter Blut fanden. Die von klinischer Seite gestellte Diagnose des Aneurysmas wurde wesentlich gestützt durch die in den letzten Tagen auftretende linksseitige Rekurrenslähmung, die auf die hier im Präparat gut sichtbare Einbettung des Rekurrens in derbere Gerinnselmassen zurückzuführen ist.

4. Eine **Ruptur** der Vorderwand des **linken Ventrikels,** ausgehend von starker Verdünnung und Schwielendurchsetzung der Muskulatur als Folge einer hochgradigen obliterierenden Arteriosklerose des

Ramus descendens der Arteria coronaria sinistra. Auf dem Querschnitt des linken Ventrikels sieht man die aneurysmatische Vorbuchtung der Vorderwand des linken Ventrikels in der Nähe des Septums, die teilweise schon mit älteren Gerinnselmassen ausgefüllt ist und einen ziemlich breiten, graugelben Streifen in der Muskulatur, der einer frischen ischämischen Nekrose der Muskulatur entspricht. Die Ruptur erfolgte auch hier ähnlich wie in den früheren Fällen, die ich Ihnen vor einiger Zeit zeigte, ohne besonderen Anlass oder körperliche Anstrengung oder seelische Aufregung.

5. Ein **szirrhöses Karzinom des Ductus cysticus** an seiner Vereinigungsstelle mit dem Ductus choledochus. Die Frau litt seit längerer Zeit an hochgradigem Ikterus, doch waren die Stühle in letzter Zeit noch vollständig acholisch. Auch jetzt fand sich gallig gefärbter Inhalt im Duodenum. Die Gallenblase war über gänseeigross und ebenso wie der Darm mit blutigem dünnflüssigen Inhalt angefüllt. In den Ductus choledochus bis mehrere Zentimeter vor die Papille hineinragend, fand sich eine wurstförmige Geschwulstmasse. Am Zystikus ist die Geschwulstmasse derb, stark stenosierend. Alle Gallengänge der Leber sind stark erweitert und mit Blut gefüllt. Aus den grösseren Gallengängen allein liessen sich mehrere 100 ccm Blut auffangen. Die Leber ist induriert, wie alle Organe stark ikterisch. In der einen Niere, die ich Ihnen hier zeige, findet sich ebenfalls eine stärkere cholämische Blutung. Der Tod erfolgte bei der noch stark geschwächten Frau infolge des Blutverlustes durch die Blutung in den Darm und die Gallengänge der Leber. Von derselben Frau zeige ich Ihnen hier eine Fraktur des Collum humeri mit ziemlich starker Verschiebung der beiden Enden und starker fester Kallusbildung.

6. Ein Fall von **Wirbeltuberkulose** des 3. und 4. Lendenwirbels mit ausgedehntem, vom 2. Brustwirbel bis zur mittleren Lendenwirbelsäule reichendem, prävertebralen Abszess, von dem bemerkenswert ist, dass er gar keine klinischen Symptome gemacht hat, wie überhaupt die Fälle von tuberkulöser Karies der Wirbelsäule nicht selten bei der Sektion gefunden werden, ohne dass sie irgendwelche auffallendere Erscheinungen gemacht haben.

Herr Neisser: Ueber epidemische Zerebrospinalmeningitis.

N. referiert über die Fortschritte in der Erkenntnis der epidemischen Meningitis. Die Aetiologie, pathologische Anatomie und Klinik sind festgelegt, die Therapie steht im Beginn, die Verbreitungsweise und damit die Prophylaxe sind noch nicht genügend geklärt. Die geringe Kontagiosität sporadischer Fälle beweist u. a. ein vor Jahren hier auf einer Kinderabteilung genau beobachteter Fall, der ausführlicher geschildert wird.

Diskussion: Herr Vohsen: Da die epidemische Zerebrospinalmeningitis keine kontagiöse Krankheit zu sein scheint, sind wir genötigt, unser besonderes Augenmerk auf die persönliche Disposition zu richten. Die von Westenhoeffer nachgewiesene regelmässige Erkrankung der Rachenmandel, der Keilbeinhöhlen und der hinteren Siebbeinzellen liess ihn ursprünglich annehmen, dass die Meningokokken ihren Weg durch den von Landzert beschriebenen Can. cranio-phar. nähmen. Dieser reicht aber nur bei 10 Proz. der

Neugeborenen bis in das Fasergewebe an der unteren Fläche des Wespenbeinkörpers und endet stumpf. In den anderen Fällen endet er in der Mitte des Körpers. Erwähnt zu werden verdienen die von Most zitierten Arbeiten von Cuneo und André, die eine besondere Verbindung zwischen epizerebralem Raum und Naseninnerem nachweisen konnten durch ein Lymphgefässnetz, das nicht identisch mit den Scheiden des Olfaktorius war. Auch das regelmässige Erkranken der Lymphdrüsen des Nackens und Halses weist auf den Ausgangspunkt im Nasenrachen hin. Unter diesem Gesichtspunkt will auch der von Dornblüth gemachte Vorschlag zur Prophylaxe verstanden sein, der auf die Notwendigkeit rechtzeitiger Entfernung der Rachenmandel hinwies. Ebenso nötig erscheint mir die Behandlung der Rhinitis der Säuglinge durch die von mir empfohlenen Durchblasungen, die sich auch zur Gewinnung des Sekretes aus dem Kavum besser eignen als das Eingehen mit harten Pinseln in das kleine, leicht verletzliche Kavum der Kinder. Auch mir scheint allerdings die hämatogene Infektion wahrscheinlicher, denn die bisher bekannten sicheren Fälle von Infektion der Meningen vom Nasenrachen aus zeigten stets auch makroskopisch sichtbare Spuren des Uebergangs am Knochen, die so geübten Untersuchern nicht entgangen wären. Auszuschliessen ist allerdings nicht, dass mikroskopische Untersuchungen uns noch Zwischenglieder entdecken lassen, zu deren Aufsuchen der auffallende Beginn der meningealen Erkrankung am Chiasma und der Sella turcica auffordern.

Herr **Laquer: Kassenbericht.**

Die Einnahmen und Ausgaben bilanzieren mit M. 12042.12. Der Voranschlag für 1907 rechnet mit einer Einnahme von M. 11814.34, Ausgabe von M. 11100, darunter M. 800.— für den Umzug in den Neubau der Senckenbergschen Bibliothek. Ein voraussichtlicher Ueberschuss soll möglichst zur Zahlung der erhöhten Beiträge zum Aerztevereinsbund benützt werden, doch wird dem Schatzmeister auf seinen Antrag die Befugnis erteilt, nötigenfalls hierfür noch 2—3 M. von den Vereinsmitgliedern zu erheben.

Antrag des Vorstands: den Cnyrimfonds auf M. 600 zu erhöhen und denselben als Beitrag des Vereins zu einer Ehrengabe zu verwenden, welche Vereinsmitglieder unter sich durch eine Sammlung aufzubringen im Begriff sind. Diese Ehrengabe soll bezwecken, bei der 200. Geburtstagsfeier Senckenbergs die Bilder von Lucae und Weigert der Senckenbergschen Stiftung als Geschenk zu überreichen. Der Antrag wird einstimmig zum Beschluss erhoben.

Ausserordentliche Sitzung vom 28. Januar 1907, abends 7 Uhr, im grossen Hörsaal der Senckenbergschen Bibliothek.

Vorsitzender: Herr Sippel.
Schriftführer: Herr Seligmann.

Tagesordnung:

1. Antrag der Verwaltung der Senckenbergschen Bibliothek, die Gehälter der Bibliothekare nach den Gehaltssätzen der Stadtbibliothek unter Anwendung der städtischen Anstellungsbedingungen zu bemessen. Der auf den ärztlichen Verein fallende Betrag beläuft sich auf M. 912 in den ersten 3 Jahren, steigend um M. 84 alle 3 Jahre bis M. 1925, zuzüglich 10 Proz. Pensionszulage.

Herr Roediger gibt auf Wunsch des Vorsitzenden Auskunft über die Besitzverhältnisse der Vereine an der Bibliothek; der ärztliche Verein ist mit 12 Proz. = M. 40 000 an der Versicherungssumme beteiligt. Nach diesem Verhältnis ist die Beteiligung an den obengenannten Gehältern normiert.

Herr Laquer betont die erheblich höheren Aufwände des Vereins bei den Anschaffungen.

Der Antrag wird alsdann zum Beschluss erhoben.

2. Anfrage der Senckenbergschen Stiftungsadministration: Ob der Verein bereit sei, der Umgestaltung der Senckenbergschen Bibliothek in eine öffentliche zuzustimmen, und wie sich der Verein zu einer beabsichtigten Eingabe an den Magistrat wegen Bewilligung eines städtischen Zuschusses stelle.

Herr Laquer fragt an, ob die Gewährung eines städtischen Zuschusses der Stadt ein Miteigentumsrecht an der Bibliothek geben solle.

Herr Roediger: Der Besitz der Vereine bleibe unangetastet.

Herr Knoblauch: Auch das Gestaltungsrecht und die Auswahl der Anschaffung bleibt den Vereinen vorbehalten.

Der Verein stimmt alsdann der Umwandlung der Bibliothek in eine öffentliche zu, mit dem Zusatz, dass dies unter den gleichen Bedingungen geschehe, wie bei der Senckenbergschen naturforschenden Gesellschaft; dieser schliesst er sich auch bezüglich der Subvention an.

3. Der Vorsitzende regt eine Erhöhung der Versicherungssumme gelegentlich der Uebersiedelung der Bibliothek in das neue Gebäude an; der Vorsitzende der Bibliothekskommission, Herr Roediger, sagt die Ausführung der Erhöhung zu, entsprechend dem jährlichen Aufwand des Vereins für seine Bibliothek.

Ausserordentliche Sitzung vom 4. Februar 1907, abends ¾7 Uhr, im grossen Hörsaale der Senckenbergischen Bibliothek.

Vorsitzender: Herr Sippel.
Schriftführer: Herr Seligmann.

Protokollverlesung.

Auf Antrag des Aerzteverbands für freie Arztwahl wird einstimmig beschlossen, dass die Mitglieder des ärztlichen Vereins zu Frankfurt a. M. Angehörige der Perrückenmacher-Innungskrankenkasse nur zum erhöhten Preise der dreifachen Taxe und gegen Baarzahlung behandeln.

Hieran schliesst sich die ordentliche Sitzung.

Der Vorsitzende verliest ein Schreiben des Herrn Aug. Knoblauch, enthaltend Einladung zu einer Sitzung am 6. Februar betr. Anstellung eines Hausarztes an den Krankenanstalten mit freier Arztwahl. Der Verein beschliesst, diese Einladung allen seinen Mitgliedern zugehen zu lassen.

Herr **Bolt: Demonstrationen** aus dem pathologischen Institut.

Herr **S. Auerbach: Demonstration eines neuen Sensibilitätsprüfers.**

Das Instrument, welches ich Ihnen heute zeigen möchte, erhebt keineswegs den Anspruch, unentbehrlich zu sein. Ich glaube aber, dass es geeignet ist, eine Lücke im Untersuchungswerkzeug des Neurologen auszufüllen, der öfters in relativ kurzer Zeit eine Reihe ausführlicher Sensibilitätsuntersuchungen vorzunehmen hat. Es bietet die Möglichkeit, sämtliche Empfindungsqualitäten der Haut zu prüfen, mit Ausnahme des Raumsinnes und der elektrokutanen Sensibilität, die aber in praxi nur selten in Betracht kommen. Die Vorzüge dieses Aesthesiometers sind folgende: Die nötigen Utensilien befinden sich auf kleinem Raume zusammen; das Etui kann bequem in der Rocktasche getragen werden. Man kann schnell und doch sehr exakt damit arbeiten. Einen besonderen Vorteil erblicke ich ferner darin, dass man die Sensibilitätsgrenzen sogleich aufzeichnen kann, ja sogar bei Feststellung der Berührungs-, Druck- und Schmerzempfindlichkeit noch eine Hand frei hat. Bei Aufzeichnung der Temperaturempfindungsgrenzen sind allerdings beide Hände beschäftigt.

Es hat zahlreicher Versuche und häufiger Abänderungen bedurft, um das Instrument in seiner jetzigen Form herzustellen.

Das Etui enthält 2 Instrumente:

1 Ein schmales, federhalterähnliches, das an beiden Enden durch abschraubbare Hülsen gedeckt ist. Die eine derselben hat einen kleinen Zapfen, über welchen ein zur Prüfung der taktilen Sensibilität dienender Haarpinsel geschraubt wird. Nimmt man diese Hülse ab, so hat man eine zur Untersuchung der Schmerzempfindung bestimmte Maschinennadel vor sich, die das Ausglühen vor jeder Untersuchung verträgt, ohne an Schärfe einzubüssen. Die andere Hülse verdeckt einen Dermatographen. In der Mitte zwischen dem letzteren und der Nadel befindet sich eine für gewöhnlich feststehende Feder, deren Kraft in 3 Abstufungen durch Gewichte bestimmt werden kann. Löst man den einfachen Feststellungsmechanismus durch eine leichte Linksdrehung, so kann man den Drucksinn untersuchen, indem man entweder den Dermatographen oder die über die Nadel geschobene Hülse auf die Haut aufsetzt und die Feder komprimiert. Setzt man die Nadel auf, so kann man durch Zusammendrücken der Feder die Stärke des Schmerzreizes bequem abstufen, ebenso wie mit dem Instrument von Aly. Mit diesem Teile des Aesthesiometers kann man also die Berührungs- und Schmerzempfindlichkeit sowie den Drucksinn prüfen und gleichzeitig die gefundenen Grenzen markieren.

2. Das andere breitere Instrument dient zur Untersuchung des Temperatursinnes. Es besteht aus 3 Teilen: 2 hohlen Metallzylindern, die durch einen soliden, zugleich als Griff und Isolator dienenden Zylinder von Gummi getrennt sind. Der Metallzylinder, der näher nach der Rille des Gummigriffes zu liegt, ist nach Art der Thermophore mit essigsaurem Natrium gefüllt. Durch kurzes Erhitzen über einer Spiritus- oder sonstigen Flamme löst sich bekanntlich das Salz und gibt die freiwerdende Wärme an die Umgebung ab; beim Erkalten scheidet es sich wieder aus. Es bedarf demnach für zahlreiche Untersuchungen keiner Neufüllung. Dieser Teil dient also zur Prüfung der Wärmeempfindlichkeit. Mit dem anderen Metallzylinder untersucht man die Kälteempfindung, indem man entweder die Kälte des Metalles allein benützt (sie genügt meistens im Winter), oder indem man ihn mit kaltem Wasser oder Eisstückchen füllt. Für die Prüfung mit hohen Kältegraden — sie kommt nur selten in Betracht, da zu starke Kälte ebenso wie zu hohe Wärme mehr als Schmerzreize wirken — eignet sich, wie Untersuchungen gezeigt haben, die

der Chemiker, Herr Dr. W. Epstein in Gemeinschaft mit mir im hiesigen physikalischen Verein auszuführen die Güte hatte, am besten das Ammoniumintrat. Es ist in grossen Kristallen billig zu haben und leicht in den Zylinder zu füllen. Lässt man ein wenig Wasser hinzufliessen, so löst sich sofort das Nitrit unter starker Kälteentwicklung. Es scheidet sich aber nicht ohne weiteres wieder aus; man muss deshalb bei jeder Prüfung von Neuem füllen. Die Untersuchungen haben ergeben, dass die Temperaturdifferenzen, auch wenn der Kältezylinder nur mit kaltem Wasser gefüllt wird, ungefähr 15 Minuten lang von Gesunden deutlich empfunden werden — eine Zeitdauer, die auch für subtilere Temperatursinnesprüfungen völlig genügt. Beide Metallzylinder sind mit fest verschraubbaren Deckeln zu verschliessen, so dass man fortwährend abwechselnd die kalte und die warme Seite aufsetzen kann, ohne ein Herausfliessen der Flüssigkeit befürchten zu müssen. Es ist einleuchtend, dass diese Untersuchungstechnik viel bequemer ist, als die gewöhnlich mit verschieden temperierten Reagenzgläsern geübte, ganz abgesehen von der leichteren Transportierbarkeit unseres Instrumentes und dem Vorteil, mit der anderen Hand sofort die gefundenen Grenzen mittelst des Dermatographen aufzeichnen zu können.[1])

Herr **Bingel: Ueber Blutdruckmessung beim Menschen.**

Vortragender spricht über die Bedeutung der erweiterten Blutdruckmessung mit der Bestimmung der drei Grössen, des systolischen, des diastolischen und des Pulsdruckes, und gibt eine Anzahl Werte bei verschiedenen pathologischen Zuständen des Kreislaufs. Die Messung des systolischen Druckes war ausgeführt nach der Riva-Roccischen Methode, die des diastolischen nach der Methode von Sahli. Zum Schluss demonstriert der Vortragende den von ihm konstruierten und in der Münch. med. Wochenschr. 1906, No. 26 veröffentlichten Apparat, der selbsttätig die Druckhöhen in der Manschette von 10: 10 mm auf der vom Sphygmographen geschriebenen Kurve markiert und dadurch den zweiten Untersucher der Sahlischen Methode ersetzt.

Diskussion: Herr A. Stern fragt den Referenten, ob er mit dem neuen Recklinghausenschen Apparat zur Blutdruckmessung gearbeitet hat, der ihm deswegen sehr zweckmässig scheint, weil er die Subjektivität (beim Pulsfühlen) ausschaltet und eine Kontrolle durch das Auge durch Ablesen der Druckverhältnisse an einem Zifferblatt ermöglicht.

Herr Bingel hat den Apparat wohl gesehen, aber noch nicht mit ihm gearbeitet.

Herr **Julius Friedländer** berichtet über einen Fall von **Roseschem Kopftetanus,** den er mit den behandelnden Arzte Dr. E. v. Meyer gemeinsam beobachtet hat. Ein 23jähriger Fuhrmann erlitt durch Sturz vom Wagen auf die kotbedeckte Landstrasse zwei oberflächliche Verletzungen in der Umgebung des rechten Auges, von

---

[1]) Das Instrument ist zu beziehen von der Firma B. B. Cassel, Frankfurt a. M., Neue Zeil 23; der Preis beträgt (inkl. Etui) Mk. 15.

denen eine Infektion mit Tetanusbazillen ausging. Nach einer Inkubationszeit von 7 Tagen trat Trismus ein, tags darauf rechtsseitige Fazialislähmung von peripherem Typus, später rechtsseitige Okkulomotorius- und Abduzenslähmung, Speichelfluss und heftige hydrophobieähnliche Schlingkrämpfe. Nachdem auf zwei subkutane Seruminjektionen von je 100 Antitoxineinheiten, die gleich nach Ausbruch der Krankheit gemacht wurden, keinerlei örtliche oder allgemeine Reaktion erfolgt war, wurde Pat. weiterhin mit Morphium und Chloralklystieren behandelt. Tod durch Inanition am 19. Tage nach dem Unfall. Das Besondere des Falles besteht darin, dass er in keinem Stadium eine Andeutung von Nackenstarre zeigte und letal endete, ohne dass, wie sonst, die Krämpfe auf Nacken-, Rumpf- und Extremitätenmuskeln übergegriffen hatten.

Diskussion: Herr Richartz: Wie auch der Vortragende betonte, gewinnt beim Tetanus der Körper in seinem Kampfe gegen die Noxe an Aussicht auf Sieg mit jedem Tage, den er nach dem Ausbruche der Krämpfe zurücklegt. Die Therapie hat also, besonders wenn das spezifische Serum versagt, vor allem die Aufgabe, den allgemeinen Kräftezustand auf möglichst hohem Niveau zu erhalten. Der Kopftetanus macht diese Aufgabe zu einer ungemein schwierigen, da die Sondenernährung wegen der für die Rose sche Krankheit charakteristischen Schlingmuskelkontrakturen nicht durchgeführt werden kann. Alimentäre Klystiere sind aber ein durchaus unzureichender Ersatz, da sie auch im günstigsten Falle dem Körper nur einen geringen Bruchteil der nötigen Kalorien zuzuführen im stande sind. Diese Unzulänglichkeit hat sich auch im vorliegenden Falle wieder erwiesen und so ist es zur Inanition gekommen, welche nach der Angabe des Vortr. wesentlich zu dem relativ schnellen Eintritt des Exitus beigetragen hat. Es käme m. E. unter solchen Umständen die Gastrostomie als lebensrettende Operation in Frage, da durch die Fistel fast beliebig grosse Nahrungsmengen einverleibt werden können. Der Vortr. kann uns vielleicht angeben, ob in der einschlägigen Literatur Mitteilungen über diesen Eingriff beim Kopftetanus vorliegen.

Herr Scholz betont das Auffallende der Tatsache, dass in dem ersten Falle von Rose schem Tetanus, in dem die Nackenstarre ausbleibt, frühzeitig Antitoxin in die Nackengegend injiziert worden ist. Dies Zusammentreffen legt die Vermutung einer lokalen Antitoxinwirkung nahe.

Herr Cuno frägt an, warum dem Patienten nicht die Magensonde durch die Nase eingeführt wurde, wenn die Einführung durch den Mund nicht möglich war.

Herr Vohsen: War die Fazialislähmung immer gleichseitig?

Ausserordentliche Sitzung vom 6. Februar 1907, abends 7½ Uhr, im grossen Hörsaale der Senckenbergischen Bibliothek.

Herr A. Knoblauch: Ich habe die Mitglieder des Vereins hierher einladen müssen, weil mir die Aerztekammer ein Referat über den Ministerialerlass vom 22. November 1906 übertragen hat, wonach Krankenhäuser mit mehr als 50 Betten einen leitenden Arzt anstellen müssen. (Der Ministerialerlass wird verlesen.) Da dieser Erlass mit der Frage der freien Arztwahl in engem Zusammenhang steht, so erscheint es mir von Wert., die Ansichten der Kollegen darüber kennen zu lernen, und in dem Referat eventuell zu verwerten.

Herr Hirschberg: Der Erlass wird unklar durch den Mangel an präziser Definition der Krankenhäuser, auf die er sich bezieht. Der Vorwurf mangelnder Asepsis und der Aufnahme ansteckender Kranker findet in Frankfurt keine Grundlage; der Eingriff in die freie Arztwahl der Krankenhäuser wird dazu führen, dass mehr in Privatwohnungen operiert wird als bisher.

Herr E. Cohn: Es müssen die Gründe, die den Erlass verursacht haben, beseitigt werden: 1. Durch ein Verbot, ansteckende Kranke aufzunehmen, 2. durch Regelung der Machtbefugnisse eines im Vorstand der Anstalten sitzenden Arztes. Redner führt diese Thesen weiter aus und begründet sie eingehend.

Herr Flesch wünscht die Einberufung einer Sitzung des ärztlichen Vereins zur Fassung einer Resolution. Es wird darauf diese Sitzung zu einer solchen erhoben.

Vorsitzender: Herr Edinger. Schriftführer: Herr Seligmann.

Herr Fromm: In den Krankenhäusern, in denen die Leitung in den Händen einer Oberin sei, entständen die häufigsten Schwierigkeiten. Das Fortbestehen der freien Arztwahl sei erwünscht, nur die Verantwortung gegenüber der Behörde solle auf einen Arzt übergehen.

Herr Oehler hält dennoch die freie Arztwahl für gefährdet.

Herr Knoblauch: Die Aerztekammer und ihr Ausschuss werden für die freie Arztwahl in den sie besitzenden Krankenanstalten unzweifelhaft eintreten, dagegen den leitenden Arzt für hygienische, wirtschaftliche, das Hilfspersonal und seine Anstellung betreffende, die Verteilung der Kranken regelnde Tätigkeit befürworten; so fasse ich die Meinung der Anwesenden wohl richtig auf.

Herr Deutsch: Der Einfluss der Aerzte gegenüber den Krankenhausvorständen bedarf hierbei der Erhöhung.

Herr Th. Neubürger: Der leitende Arzt darf nicht als Aufsicht der behandelnden Aerzte fungieren.

Herr Baerwald schlägt Einsetzung einer Kommission vor, die dem Verein eine diesbezügliche Resolution zur Beschlussfassung vorlegen soll. Durch Zuruf werden die HH. E. Cohn, A. Nebel, Oehler, Flesch, v. Wild, A. Knoblauch gewählt und demgemäss beschlossen.

Ordentliche Sitzung vom 18. Februar 1907, abends 7 Uhr, im grossen Hörsaal der Senckenbergischen Bibliothek.

Vorsitzender: Herr Edinger.
Schriftführer: Herr Rosengart.

Protokollverlesung vom 4. und 6. Februar 1907.

Eingänge: Antwort des Magistrats auf die Eingabe des Vereins vom 5. November 1906 betr. die Ausgestaltung des physiologisch-chemischen Instituts des städt. Krankenhauses im zusagenden Sinne.

Resolution der Kommission in Sachen des Ministerialerlasses betr. Anstellung eines Hausarztes in allen Krankenanstalten über 50 Betten. Dieselbe lautet:

1. Der Aerztliche Verein zu Frankfurt a. M. erklärt sich auf grund der hier gewonnenen günstigen Erfahrungen gegen jede Einschränkung der freien Arztwahl in den Krankenanstalten im Interesse der Kranken, der Aerzte und der Anstalten selbst.

2. Der Aerztliche Verein hält es für notwendig, an allen Krankenanstalten einen aufsichtführenden, verantwortlichen Arzt zu bestellen, der in dem Vorstand der Anstalt Sitz und Stimme hat. Seine Obliegenheiten sind die Anordnung, Ueberwachung und Durchführung der hygienischen Massnahmen der Krankenanstalt, insbesondere die Isolierung und Desinfektion bei ansteckenden Krankheiten, ferner die Regelung der einheitlichen Ausbildung und des Dienstes des Krankenpflegepersonals. Dem aufsichtführenden Arzte steht ein Eingriff in die therapeutischen Massnahmen anderer behandelnder Aerzte nicht zu.

3. Ein Mangel in der Krankenversorgung hat sich hierorts nicht gezeigt, sofern eine einheitliche Ausbildung der Schwestern vorausgegangen ist; vielmehr hat sich eine grössere Gewandtheit derselben durch das Zusammenarbeiten mit mehreren Aerzten herausgebildet.

Im Uebrigen wird in Zukunft der Bundesratsbeschluss vom 22. März 1906 eine Krankenversorgung durch mangelhaft ausgebildete Schwestern verhüten.

Die Resolution wird vom Verein angenommen.

Die Sammlung zum Zwecke der Schenkung von Bildnissen an die Senckenbergsche Stiftung hat einen so hohen Betrag ergeben,

dass die vom Verein bewilligten Gelder (erhöhter Cnyrimfonds) nicht einzustellen sein werden.

Herr **Brenner: Demonstrationen aus dem pathologischen Institut.**

Herr **Kallmorgen** demonstriert einen **Uterus**, an dem eine Sectio caesarea vorgenommen ist. Die 28jährige I. Gravida litt an Carcinoma mammae mit Metastasen im 5. Brustwirbel und anderen Organen, sie wurde mit vollständig gelähmter unterer Körperhälfte in die Klinik gebracht. Da der Zustand ein hoffnungsloser war, auch hohes Fieber und Pulsfrequenz bestand, so wurde die Sectio caesarea vorgenommen, wobei ein lebendes Kind erzielt wurde. Es trat vorübergehend Besserung ein, Pat. ging aber am 12. Tage p. oper. an einer Hirnmetastase zu grunde. Am Uterus sind die Katgutnähte noch erhalten, auf der Serosa mehrere Karzinomknötchen, ebenso in der Leber und am Magen. Der 5. Brustwirbel ist durch Karzinommasse vollständig eingeschmolzen.

Besonderes Interesse bietet der Fall

1. wegen der grossen Ausdehnung der Karzinomerkrankung bei der Jugend der Patientin,
2. wegen der seltenen Indikation zum Kaiserschnitt,
3. wegen des Vorhandenseins von Fieber bei Karzinom.

Herr **Tecklenburg: Ueber das Wesen der Aërophagie und ihre klinische Bedeutung für Magenkranke.**

Man unterscheidet zwischen dem sauren, in irgend einer Weise charakteristisch schmeckenden und dem völlig geruch- und geschmacklosen Luftaufstossen. Während ersteres schon lange bekannt war, ist letzteres erst in verhältnismässig kürzerer Frist bekannt geworden. Nach Besprechung einiger historischer Daten, aus denen hervorgeht, dass französische Autoren sich zuerst mit diesem Symptom beschäftigten und zwar seit 1814, dass besonders Bouveret sich eingehend damit befasste, ferner Mathieu-Paris und einige deutsche Autoren darüber arbeiteten, schildert Vortragender den typischen Aërophagieanfall.

Als das Wesentliche sind zwei Phasen zu unterscheiden:

1. Die Ansammlung von Luft, die entweder geräuschvoll oder leise aufgenommen und natürlich nur im ersteren Falle der Beobachtung zugängig ist.

Man hört dann ein Geräusch, welches für Aufstossen gehalten wird, aber in Wirklichkeit kein Aufstossen, sondern ein Schlucken ist.

2. Die explosionsartige, bullernde Ausstossung der gesammelten Luft, wobei oft mehrfache serienweise Ruktus oder ein einziger, dann besonders lauter Ruktus erscheint.

Die Tatsache, dass tatsächlich geschluckt wird während der Phase I, lässt sich durch Kontrolle des auf- und abwärtssteigenden Larynx feststellen, ferner durch das kleine Experi-

ment, dass eine Kerzenflamme vor dem Munde nicht bewegt wird, was bei wirklichem Luftaufstossen sonst der Fall sein müsste.

Die Tatsache, dass die ausgestossene Luft auch in der Tat atmosphärische Luft ist, wird durch gasanalytische Untersuchungen bewiesen.

Nach Erwähnung anderer Theorien über die Ansammlung von Luft im Magen, bespricht Vortragender die klinischen Folgeerscheinungen. Zunächst gilt sicher, dass die Aërophagie an und für sich harmlos ist, wohl unter Umständen recht beunruhigen und ängstigen kann, solange man nicht den Patienten über die harmlose Natur aufgeklärt hat. Ihre bemerkenswerteste Folgeerscheinung ist die Pneumatosis des Magens in verschiedenem Grade; alsdann treten als dessen Folge, entweder durch ihn hervorgerufen oder durch ihn unterhalten und verstärkt, Zustände auf, die als Asthma dyspepticum bekannt sind; ferner findet sich Alteration der Herztätigkeit, Herzholpern, Herzruck, unregelmässige Herzaktion, Pulsbeschleunigung bis zu 170 Schlägen pro die.

Der harmlose Charakter wird aber in einzelnen Fällen abgestreift, wo die Aërophagie als ein Heilung hemmender Einfluss bei Ulcus ventriculi auftritt. Die hier durch Dehnung verursachte Reizung der Narbe oder des Ulcus führt immer wieder zu Rückschlägen und macht unter Umständen eine Dauerheilung sehr unsicher. Ferner sind Fälle bekannt, in denen auf Grund einer Aërophagie fortgesetztes Erbrechen eintrat.

Die Therapie hat in erster Linie die Aufgabe, das Schlucken zu verhindern; hier hat sich die Kiefersperre als zuverlässiges Mittel bewährt, ferner bewirkt die Aufklärung über die Harmlosigkeit des Leidens, die Beruhigung bestehender Angst schon oft gutes; von verschiedenen Seiten sind leichte Narkotika empfohlen worden. Unter Umständen kann aber die Therapie bestehender Grundleiden durch eine gleichzeitig bestehende Aërophagie insoferne geändert werden, als z. B. eine Gastroenterostomie bei Ulcus nötig wird, um die Folgen der Aërophagie auszuschalten; ähnlich würde bei der Behandlung dieser Form des Erbrechens die operative Therapie indiziert sein.

Die Häufigkeit der Aërophagie ist sehr gross, ihr Vorkommen bei allen Erkrankungen des Magens möglich; stets aber scheint sie an nervöse oder neurasthenische, unter Umständen auch an hysterische Zustände sich anzureihen.

Diskussion: Herr Rosengart: Er könne nur bestätigen, was der Vortr. über das Vorkommen des Luftschluckens und besonders auch über seine Verwechslung mit dem Aufstossen, den wahren Ruktus, von Seite der Patienten gesagt habe. Ueber den Mechanismus des Vorganges möchte er bemerken, dass man ihn in

2 Zeiten zerlegen könne: in eine Ueberstreckung der Halswirbelsäule (mehr oder minder starke Streckung und Rückwärtsbewegung des Halses) und in ein Anziehen des Kinns nach dem Sternum zu. Bei längerer Uebung werden diese Bewegungen so minimal, dass sie fast unbemerkbar verliefen. Bei der ersten Bewegung füllte sich gewissermassen der Schlundkopf mit Luft, bei der zweiten würde diese Luft durch den Oesophagus und die Kardia hindurch in den Magen gepresst. Das Luftschlucken komme bei allen möglichen Magenkrankheiten und bei allen möglichen Sensationen im Magen vor, wobei die zumeist schnell vorübergehende Auftreibung und die bei der Austreibung der Luft nachfolgende Erschütterung des Magens und seiner Nachbarorgane angenehm und den herrschenden Zustand erleichternd empfunden werde. Diese Erschütterung scheine manchmal die motorische Tätigkeit des Magens anzuregen. Bei den dem Luftschlucken alsbald folgenden Ruktus werde nicht immer alle Luft wieder ausgetrieben. Ein Rest bleibe im Magen. Diese angesammelte Residualluft wird dann nach längerem Luftschlucken auf einmal unter grösserem Geräusch ausgestossen. Hiermit habe der Vorgang gewöhnlich zur Befriedigung des Pat. sein Ende erreicht.

Bezüglich der Rolle des Luftschluckens beim Magenasthma nehme er einen dem Vortr. entgegengesetzten Standpunkt ein, den ihn die Erfahrung gelehrt habe. Nicht das Luftschlucken verursache den asthmatischen Zustand, sondern das Herannahen eines kardialen Asthmas oder eines leichten Anfalls von Stenokardie veranlasst den Arteriosklerotiker zum Luftschlucken. Wohl könne die Luftansammlung im Magen die Angina pectoris verschlimmern, aber die endliche oft unter heftiger Eruption erfolgende Luftaustreibung mit ihrer Erschütterung des Magens, des Zwerchfells und der Nachbarorgane scheint doch in dem peinvollen Zustand eine Erleichterung zu bringen.

Um die Patienten davon zu überzeugen, dass das, was sie beschreiben, von ihrem Willen abhänge, was fast stets bestritten werde, mache er ihnen manchmal den Vorgang selber vor, was jeder könne. Dann aber frage er die Patienten, ob dieses sogen. Aufstossen auch auftrete in Gesellschaft oder wenn sie etwa mit denselben Beschwerden im Magen wie sonst einem Vorgesetzten gegenüber stehen? Die Patienten antworteten zumeist mit verwunderter Miene aber ohne langes Besinnen: nein!

Das Lufschlucken komme sehr häufig in ganzen Familien vor, scheinbar vererbt, tatsächlich aber durch Nachahmung und Teilnahme übernommen. So könne man eine ganze Familie etwa nach einem schweren Mahle in solcher Weise sich unterhaltend finden. Was er noch zur Behandlung des Leidens zu sagen habe, das sei, dass sie sich natürlich gegen das Grundleiden zu richten habe. Zum Vorschlag oder zur Ausführung einer Gastroenterostomie sei er hierbei allerdings noch nie geschritten, er wäre auch nicht auf den Gedanken gekommen. Wohl aber habe sich ihm, selbst bei sehr schweren Formen, wie sie in der Nacht als Begleiter sicherer stenokardischer Anfälle häufig zu beobachten seien, der Rat bewährt, etwas zu essen. Am besten eignen sich ein harter Zwieback, der gut gekaut und eingespeichelt werde.

Herr Vohsen: Der vom Vortr. geschilderte mit Geräusch verbundene Akt des Luftschluckens, den auch ich willkürlich vornehmen

kann, trägt seinen Namen nicht mit Recht. Wir können nicht die Luft, wie einen Bissen, schlucken. Das kleine Quantum Luft, das wir zum Zweck des Schluckens in unseren Pharynx bringen können, wird infolge seiner grossen Elastizität so leicht komprimiert, dass es den Widerstand des geschlossenen Oesophaguseingangs nicht überwinden kann. Der Vorgang bei sogen. Luftschlucken ist vielmehr so, dass bei geschlossener Glottis durch eine Inspirationsbewegung und willkürliche Abhebung des Larynx von der hinteren Rachenwand die Luft in den Oesophagus aspiriert wird. Die aspirierte Luft kann alsdann geschluckt werden. Dass ein offener Mund den Pat. zu schlingen hindert, wie der Vortr. vermutet, glaube ich nicht. Ich kann in der angegebenen Mundlage ganz gut eine Schluckbewegung ausführen.

Herr Günzburg: Die Aerophagie entsteht reflektorisch oder psychogen, veranlasst durch quälende Sensationen im Magen, im Kolon oder im Herzen. Nicht selten wird man zu Kranken gerufen, welche darüber klagen, sie könnten nicht richtig aufstossen und welche einen typischen stenokardischen Anfall haben. Erfolgt bei solchen Patienten ein Ruktus, so fühlen sie sich während ihres stenokardischen Anfalls erleichtert. Man dürfte vielleicht die Annahme machen, dass mit dem stenokardischen Anfall auch ein Spasmus der Kardia verbunden ist. Jedenfalls soll man bei Luftschlucken auch an Herzkrankheiten (besonders Arteriosklerose) denken.

Herr Rosengart: Herrn Vohsen möchte er erwidern, dass er dennoch annehme, es handle sich um einen wirklichen Schluckakt, nur gelange nicht jeder Schluck Luft in den Magen. Häufig müssten mehrere Schlucke nacheinander in den Schlund eingepresst werden, bis die Luft die Kardia passiere und in den Magen gelange. Herrn Günzburg gegenüber möchte er sich auf seine Ausführungen beziehen, die er in seinem Vortrag über die Magen- und Darmerscheinungen bei der Sklerose der Abdominalarterien an dieser Stelle gemacht habe.

Herr L. J. Roth-Usingen erinnert an ähnliche Erscheinungen bei Pferden (Krippensetzer, Luftkopper); bezüglich der Therapie schiesse eine operative Behandlung mit Gastroenterostomie weit über das Ziel hinaus; sie müsse s. E. eine neurologische sein.

Ordentliche Sitzung vom 4. März 1907
abends 7 Uhr im grossen Hörsaal der Senckenbergischen Bibliothek.

Vorsitzender: Herr Edinger.
Schriftführer: Herr Seligmann.

Vor Eintritt in die Tagesordnung ehrt die Versammlung in üblicher Weise das Andenken des verstorbenen Herrn Zimmern.

Protokollverlesung.

Der Vorsitzende berichtet über die Teilnahme des Vorstandes an der Feier des 200. Geburtstages Senckenbergs; ferner verliest der Vorsitzende ein Schreiben des Herrn Prof. Albrecht, begleitend die Ueberreichung eines Exemplares des ersten Heftes der neuen „Frankfurter Zeitschrift für Pathologie".

Die Senckenbergische Stiftungsadministration teilt mit, dass die Bibliothek eine öffentliche geworden sei und die Administration um Beteiligung des Vereins bei einer Eingabe um eine Subvention für die Bibliothek an den Magistrat ersuche.

In den Standesausschuss werden die Herren Kutz, Hirschberg und Gelhaar gewählt.

Herr **Bolt:** Demonstrationen aus dem pathologischen Institut.

Herr **Laquer: Ueber die forensische Beurteilung der Warenhausdiebinnen.** L. gibt einen kurzen Auszug aus seiner Arbeit über Warenhausdiebstahl, die unter den „zwanglosen Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten" (1907) (Herausgeber Prof. Dr. Hoche im Verlag C. Marhold-Halle) inzwischen erschienen ist.

Ordentliche Sitzung vom 18. März 1907, abends 7 Uhr im grossen Hörsaal der Senckenbergischen Bibliothek.

Vorsitzender: Herr Sippel.
Schriftführer: Herr Seligmann.

Protokollverlesung.

Der Vorsitzende gedenkt des verstorbenen Herrn Eugen Schott, dessen Andenken in üblicher Weise geehrt wird.

Zu einem Pettenkoferdenkmal für München bewilligt der Verein M. 100.—.

Herr **Brenner: Demonstrationen aus dem pathologischen Institut.**

Herr **Becker**: 1. **Demonstration von Photographien** zweier vor 1½ bezw. vor 1 Jahr mittels Dekortikation operierter Fälle von **Rhinophym.** Resultate nach Berichten der Hausärzte bezüglich Form, Farbe, Narben- und Rezidivlosigkeit sehr günstig.

2. **Ein mit Perlsuchtalttuberkulin (P. T.) günstig beeinflusster Fall von Schleimhautlupus.**

Als die 3 wirksamsten und wichtigsten Behandlungsmethoden des Lupus in der Jetztzeit hat vor kurzem Blaschko die Exzision, die Finsenbestrahlung und die Tuberkulinbehandlung bezeichnet. In der Diskussion seines Vortrages wurde von einer Seite der Satz ausgesprochen: „Die Behandlung des Lupus vulgaris ist die Finsenbehandlung. Nur wenn diese aus äusseren oder inneren Gründen nicht anwendbar ist, kommen die anderen Methoden in Frage." Einen solchen Ausspruch wird wohl kein erfahrener Therapeut gutheissen können. Und Blaschko hat mit Recht ausdrücklich erklärt, dass es eine einzige ausschliesslich anwendbare Lupustherapie gar nicht geben könne. Für Finsens Lichtbehandlung gilt das gleiche wie für andere Methoden, dass sie nämlich 1. nicht für jeden Fall und 2. nicht für jedes Stadium geeignet ist. Gewiss steht die Finsenbehandlung bezüglich ihrer Tiefenwirkung, ihres kosmetischen Effektes, der definitiven Heilungsmöglichkeit in der ersten Phalanx. Sie steht aber nicht allein dort. Das kosmetisch günstige Resultat möchte ich mir erlauben an diesem Pat. zu illustieren. Die Krankengeschichte zeigt

aber auch ein mit der Finsenlampe nicht zu beseitigendes Hindernis, gegeben durch die Erkrankung der Schleimhaut.

Der jetzt 18 jährige Patient blickt bereits auf 10 Leidensjahre zurück. Die Krankheit soll an der Nasenspitze begonnen haben. Ausser einem vor langen Jahren erfolgten chirurgischen Eingriff, hat eine nennenswerte Behandlung nicht stattgefunden. Am 21. VII. 06 sah ich den Patienten zum ersten Mal. Sein damaliger Zustand ist durch vorliegende Photographie festgehalten. Sie sehen ulzeröse Prozesse um die Nase, den Mund und am Kinn, infiltrative und diffuse Knötchenbildung auf beiden Wangen. Sie sehen ferner die Lippen, besonders die oberen, enorm verdickt. Der Mund ist wie stets geöffnet, weil das Atmen durch die Nase, deren Spitze, Flügel und knorpeliges Septum zurzeit zerstört sind, infolge dicker Borken unmöglich gemacht ist. Die Verengerung der Nase ist eine so hochgradige, dass nur mit Mühe eine dicke Sonde passieren kann. Wird der Mund, der in seiner Beweglichkeit sehr beschränkt ist, weiter geöffnet, so wird bemerkt, dass die mittleren oberen Inzisivi wackeln, das Zahnfleisch des Oberkiefers besonders links bis zu den Backzähnen besteht aus einer leichtblutenden, grauroten zerklüfteten Granulationsmasse. Am harten Gaumen finden sich zwei speckige zackige Epitheldefekte. Endlich deutet an der linken Nasenseite nahe dem Auge eine druckempfindliche narbige Einziehung auf eine anscheinend abgelaufene Dakryozystitis.

Von besonderer Bedeutung bei der Behandlung eines Lupuskranken ist die kräftige Ernährung. Als Unterstützungsmittel habe ich Sanatogen gegeben.

Die Lokalbehandlung bestand zunächst in der Verätzung der Geschwürsflächen mit Milchsäure und zwar an der Nase, rechtem Mundwinkel, Kinn und nachfolgendem Verband mit in Perubalsam getränkten Gaze. Nach 10 Tagen wurde eine Woche lang Pyrogallussalbe angewendet und dann die Ueberhäutung unter Argent.-Perubalsamsalbe nicht weiter gestört. Nach der Heilung wurden diese Stellen wie auch die Wangen einer regelrechten Finsenbehandlung unterzogen.

Die Schwierigkeit am Mundwinkel einen Verband zu fixieren, liess mich am linken Mundwinkel einen anderen Weg gehen, nämlich den von Landerer gezeigten. Ich weiss meinem hochverehrten ehemaligen Chef Herrn Professor Lassar sehr Dank, dass er mich auf diese Methode hingewiesen und zu diesbezüglichen Untersuchungen, die ich leider nicht habe abschliessen können, veranlasst hat. 7 Patienten mit verschiedenen tuberkulösen Hautaffektionen, meist Lupus, wurden mit zum Teil glutäalen, zum Teil intravenösen Hetolinjektionen behandelt, 7 weitere in gleicher Weise und gleichzeitig mit lokalen Zimtsäureeinspritzungen, endlich 4 Fälle ausschliesslich lokal mit 5 proz. Zimmtsäureinjektionen. Die allgemeine Hetolbehandlung für sich ist nach Landerer ungenügend, ich habe auch nur in einem Falle eine Besserung verzeichnet; ob die Allgemeinbehandlung eine Unterstützung der lokalen bedeutet, wie Landerer meinte, kann ich nicht entscheiden. Die lokale Zimtsäureeinspritzung für sich gibt aber zufriedenstellende Resultate; wie mir scheinen will, besonders bei ulzerösen und disseminierten Formen. Sie sehen in dieser Weise den linken Mundwinkel behandelt; erst

nach Anfertigung der Photographie habe ich auch diese Gegend mit Finsenstrahlen behandelt.

Die Mundschleimhaut war bis Mitte Oktober mit Perubalsam bepinselt worden, zeigte keine Besserung und von der Nasenschleimhaut her drohten zerfallende Knötchen mit einem Rezidiv. Der Kampf gegen den Schleimhautlupus wird meist mit dem Galvanokauter geführt. Aber er ist wenig aussichtsreich. Ich erinnerte mich, dass Neisser bei Lupus der Mund- und Nasenschleimhaut der Tuberkulinbehandlung eine gewisse Bedeutung zuerkannt hatte. Auch Lassar stand der Tuberkulinbehandlung sympathisch gegenüber. Er betonte in seinen Vorlesungen und uns Assistenten gegenüber wiederholt den therapeutischen Wert des Alttuberkulins bei gewissen Formen tuberkulöser Hauterkrankung, insbesondere der fungösen. Ich habe seinerzeit unter Lassars Leitung 2 Patientinnen mit tuberkulösen Unterschenkelgeschwüren mit Tuberkulin der Heilung zugeführt, worüber Lassar im Verein für innere Medizin berichtet hat. Bestärkt in meiner Absicht, den Patienten einer Tuberkulinbehandlung zu unterziehen, wurde ich durch eine Arbeit Bandeliers-Cottbus, der Perlsuchtalttuberkulin zur Behandlung erkrankter Schleimhäute empfahl. Herr Kollege Bandelier hat mir in freundlichster Weise eingehend über das von ihm befolgte Verfahren geschrieben. Er beginnt, wie alle Tuberkulinanhänger, mit kleinen Dosen und steigt langsam unter Vermeidung stärkerer Reaktionen. Er legt aber besonderen Wert auf die Durchführung bis zu sehr hohen Dosen, denen er einen wesentlichen Effekt zuschreibt.

Ich habe demzufolge mit 0,2 mg begonnen und die Kur bei dem intelligenten Patienten ambulant durchführen können. Patient hat heute zum zweiten Male 1000 mg Perlsuchtalttuberkulin erhalten als Abschluss der Tuberkulinbehandlung. Die Verlaufseinzelheiten ersehen Sie aus der Temperaturkurve. Sie bemerken, dass ich zweimal Fehler in dem beabsichtigten Vorgehen gemacht habe, die sich durch hohe Temperaturen sofort gerächt haben.

Seit fast 4 Monaten ist die Nase gereinigt und in der heutigen Verfassung; seit Anfang Dezember ist die Mundschleimhaut verheilt. Die Oberlippe hat sich ständig aber langsam verdünnt.

Hervorheben möchte ich, dass trotz der günstigen Beeinflussung des lupösen Prozesses auf der Schleimhaut, in der Gesichtshaut Rezidivknötchen aufgetreten sind, die eine Fortsetzung der Finsenbehandlung erforderlich machen.

Diskussion: Herr Herxheimer: Bei der dankenswerten Demonstration des Herrn Vorredners habe ich die genügende Hervorhebung der chemischen Aetzmittel vermisst, namentlich der Pyrogallussäure, die in elektiver Weise auf die Lupusknötchen einwirkt, den Vorzug der Billigkeit — namentlich gegenüber dem Finsenverfahren — besitzt, und deren Anwendung durch Zusatz geeigneter anästhetischer Mittel fast völlig schmerzlos gemacht werden kann.

Herr **Franze** demonstriert eine **durchsichtige Zeichenebene aus Zelluloid für Orthodiagraphie des Herzens.** Durch Benutzung derselben kann man beliebige Linien und Punkte der Thoraxoberfläche in das Orthodiagramm einzeichnen, was zur topograph-anatomischen Orientierung über dasselbe nötig ist. Das Orthodiagramm selbst wird

direkt auf ein Blatt weissen Papieres aufgenommen, das auf die Zelluloidplatte aufgespannt wird.

Herr **Herxheimer: Therapie der venerischen Leistenbubonen.**

Weder die Verflüssigung der vereiternden Lymphdrüsen durch entsprechende Mittel und nachherige Entleerung des Eiters durch Punktion noch die Inzision mit oder ohne nachfolgende Exkochleation, noch die Radikalexstirpation der Drüsen kann als Behandlungsmethode der Bubonen gelten, die in jedem Falle anzuwenden ist. Seit Heineke zeigte, dass die Milzen von Tieren durch Röntgenstrahlen verkleinert werden können, und seit Senn leukämische Milzen dadurch zum Rückgang brachte, konnte auch an die Heilung der lymphadenoiden Wucherung der Bubonen gedacht werden. Zu bemerken ist, dass nur harte Strahlen in Betracht kommen können, und dass die Haut vor den weichen entsprechend zu schützen ist. Bestrahlung zweimal wöchentlich. Entfernung des Eiters vor der Bestrahlung. Das eigentliche Feld bildet der strumöse Bubo, der in 6 Fällen durch 5 Bestrahlungen durchschnittlich heilte in nicht ganz 3 Wochen gegenüber vielen Monaten, die man sonst zu seiner Heilung brauchte.

Diskussion: Herr Sippel: S. fragt an, ob die Wirkung der harten X-Strahlen aufzufassen sei als eine direkte Beeinflussung des Gewebes oder als eine Beeinflussung der Krankheitserreger. Im ersteren Falle sei es eine merkwürdige Erscheinung, dass trotz der dann bestehenden Schädigung der biologischen Kraft des Gewebes eine Weiterentwicklung der Bakterien unterbleibe. Man solle eigentlich eher das Gegenteil erwarten.

Herr Siegel konstatiert, dass nach vielfachen Untersuchungen die Röntgenstrahlen eine Thrombose der Blutgefässe bewirken, sodass infolge der mangelhaften Blutzufuhr der Gewebszerfall gesteigert werde.

Herr **Embden** berichtet über die von ihm während der letzten Jahre gemeinsam mit Kalberlah, Salomon, Schmidt und Marx ausgeführten Untersuchungen über die **Azetonbildung in der künstlich durchbluteten Leber.** Die Untersuchungen sind zum Teil in Hofmeisters Beiträgen veröffentlicht, zum Teil in den Verhandlungen des Kongresses für Innere Medizin, München 1906.

Diskussion: Herr Kaufmann weist darauf hin, dass einige französische Autoren bereits seit mehreren Jahren auf den Nachweis der Azetessigsäure und der β-Oxybuttersäure im Blut und Harn bei Diabetikern den Hauptwert legen und den Nachweis von Azeton für minder wichtig halten.

O r d e n t l i c h e S i t z u n g v o m 15. A p r i l 1907, Abends 7 Uhr, im grossen Hörsaale der S e n c k e n b e r g ischen Bibliothek.

Vorsitzender: Herr S i p p e l.
Schriftführer: Herr S e l i g m a n n.

Protokollverlesung.

Herr **B o l t: Demonstrationen aus dem pathologischen Institut.**

1. Hufeisenniere.

2. a) Stenosierendes zirkuläres Karzinom des Sigmoideum. b) Gallertkarzinom des Rektum (infiltrierendes Wachstum in Blase und Corpora cavernosa). c) Medulläres schüsselförmiges Karzinom des Rektum.

3. Karzinom des Oesophagus, Perforation in das Mediastinum posticum und in das Perikard; infiltrierendes Wachstum in den linken Vorhof mit Stenosierung einer rechtsseitigen Vena pulmonalis.

4. Urogenitaltuberkulose (Nieren, Hoden und Nebenhoden rechts, beide Samenbläschen, Prostata).

5. Käsige Tubentuberkulose bei Peritonitis tuberculosa.

Herr **A. N e b e l: Uterustumor bei Gravidität.**

Herr N. demonstriert einen durch supravaginale Amputation entfernten U t e r u s m y o m a t o s u s m i t v i e r m o n a t i g e r G r a v i d i t ä t. Die 42 jährige Trägerin hatte sich vor einigen Monaten nach 5 jähriger Witwenschaft zum zweitenmal verheiratet, und unter Unregelmässigwerden der Menses hatten sich bald erhebliche Beschwerden allgemeiner und lokaler Natur eingestellt, die in der letzten Zeit rasch zugenommen und den Ernährungszustand schwer beeinflusst hatten. Es fand sich ein bis zum Nabel reichender grosser, harter Tumor; in der Vagina stiess der untersuchende Finger 3—4 cm über dem Introitus auf eine harte, den ganzen Beckenraum ausfüllende Geschwulst; die Portio liess sich vor ihr in der Höhe des oberen Symphysenrandes erreichen und ging in den Tumor über. Wenn auch bei der Grösse des Tumors der positive Nachweis einer vorliegenden Gravidität nicht möglich war, so musste bei den vorhandenen Symptomen (schnelle Zunahme des Abdomens, Nausea, Kolostrum) eine solche doch mit grösster Wahrscheinlichkeit angenommen werden, und in diesem Sinne wurde die Diagnose auf Myome des Uterus mit Gravidität gestellt. Eine an dem von aussen fühlbaren Teile des Tumors rechts ober der Symphyse nachweisbare Partie von weicherer Konsistenz durfte als wahrscheinlicher Sitz der Gravidität angenommen werden. Von besonderem Interesse war die Anamnese insofern, als die nun 42 jährige Frau in erster 11 jähriger Ehe kinderlos, und auch ihr jetziger Ehegatte, 56 Jahre alt, in erster Ehe 28 Jahre steril verheiratat gewesen war. Man

hätte also a priori die Chancen einer Konzeption als die denkbar ungünstigsten annehmen müssen. Wie hatte man sich nun in der Frage der Beurteilung des Falles zu stellen? Es handelte sich um Myome des Uterus, die schon lange bestanden hatten, ohne der Pat. besondere Beschwerden zu machen, und die nun durch die interkurrente Gravidität in raschem Wachstum begriffen waren. Eine spätere Geburt per vias naturales war absolut ausgeschlossen, es wäre also nur die Sectio caesarea mit Abtragung des myomatösen Uterus in Frage gekommen. Bei der Grösse und dem Sitz der Tumoren musste mit Sicherheit angenommen werden, dass die jetzt schon sehr bedeutenden Störungen bei Fortbestehen der Gravidität in absehbarer Zeit einen gefahrdrohenden Grad erreichen würden, und es wäre sehr riskiert gewesen, die Pat. solchen Gefahren weiter ausgesetzt sein zu lassen. Es wurde ihr also zum Verzicht auf das Fortbestehen der Gravidität und zur sofortigen Operation geraten, die sie danach auch selbst vorzog. Laparotomie am 27. II.; nach Empordrängen des im Becken eingekeilten Teiles des Tumors liess sich die supravaginale Amputation des Uterus mit Erhaltung beider Ovarien glatt durchführen; Uebernähen des Stumpfes nach Hofmeier-Chrobak. Interessant war eine an dem Präparat zu beobachtende Erscheinung, die, während dasselbe bis zum Schlusse der Bauchwunde frei dalag, aufgetreten war: an der Stelle, wo der Zervikalkanal durchschnitten war, hatte sich eine haselnussgrosse Eiblase hervorgedrängt, die also alle Zweifel an dem Bestehen einer Gravidität löste. Die Rekonvaleszenz verlief ohne Störung. Der Tumor wurde im Senckenbergischen Institut gehärtet und nach einigen Tagen geöffnet. Die Uterushöhle fand sich an der oben geschilderten Stelle, in ihr ein 4monatiger, gut entwickelter Fötus; die schon ganz ausgebildete Plazenta sass an der vorderen nur wenige Millimeter dicken Uteruswand.

Diskussion: Herr Kallmorgen berichtet über einen anamnestisch ganz analogen Fall, wo die Frau nach 18jähriger erster kinderloser Ehe in ihrer zweiten Ehe mit 44 Jahren gravida wurde, während der Ehemann 68 Jahre alt war. Es handelte sich um mehrere sehr grosse Myomknoten. In diesem Falle konnte er die Schwangerschaft bis zum Ende bestehen lassen und erlangte durch Sectio caesarea nach Porro ein lebendes Kind.

Herr Sippel sieht bei der Demonstration als das Interessanteste an, dass das Ei durch die Kontraktion des herausgeschnittenen Uterus zum Teil geboren wurde. Er hat 2 gleiche Beobachtungen gemacht. Nach seiner Ansicht handelt es sich um die terminale Kontraktion der glatten Muskulatur des Uterus, welche in die Totenstarre übergeht, durch welche das Ei im Sinne des Geborenwerdens aus dem Cavum uteri herausgepresst wird. Er sieht in diesem Vorgang eine Erklärung der Leichengeburten, welche man früher auf die starke Zunahme des intraabdominellen Druckes durch die postmortale Gasentwicklung in den Eingeweiden zurückführte. Ohne Zweifel befällt auch den schwangeren oder gebärenden Uterus in der Leiche die Totenstarre. Welche Kraft in geburtsbeförderndem Sinne diese auszuüben vermag, beweist uns das Geborenwerden der Ovula durch die Kontraktion des ausgeschnittenen Uterus gravidus. Somit ist es möglich, dass auch in der gebärenden Leiche die bei Eintritt des Todes unvollständige Ausstossung des Kindes durch die postmortale

Kontraktion vollendet wird. Schmorl äusserte neuerdings bei einer ähnlichen Beobachtung die gleiche Ansicht, die S. schon vor Jahren aussprach.

Herr A. Nebel weist nochmals auf die schweren Störungen der Ernährung hin, die sich bei der Pat. bereits ausgebildet hatten und die in diesem Falle ein Abwarten bis zum Schlusse der Gravidität als mit zu grossen Gefahren verbunden unmöglich erscheinen liessen.

Herr **Bücheler** demonstriert einen 2pfündigen **Uterus mit Fibromyomen.** Trotz ihrer Kleinheit hatte die Geschwulstbildung sämtliche bekannten Myombeschwerden in hohem Grade hervorgebracht: Lebenbedrohende Anämie (Hämoglobingehalt unter 25 Proz.), Druckerscheinungen: Dysurie, seit 2 Jahren schwerer Darmkatarrh mit Diarrhöen, trotz sorgfältigster Spezialbehandlung. — Myokarditis mit allen Erscheinungen des Myomherzens. Als B. die Pat. Juli 1906 zum ersten Male wegen heftiger Menorrhagie sah, war die Diagnose bei der zum Skelett abgemagerten Pat. leicht zu stellen. Die Messerscheu der Pat. zwang, erst Ergotin zu geben, das leider zunächst prompt half, so dass B. nicht mehr konsultiert wurde bis Anfang Januar, nachdem eine erneute Menorrhagie Ende Dezember zu höchster Erschöpfung mit ständigen Ohnmachten, kaum fühlbarem Puls usw. geführt hatte. Da die nächste Periode, die unter diesen Umständen tödlich zu werden drohte, nahe bevorstand, nach Digalendarreichung sofortige Myomotomie in gemischter Narkose (Roth-Dräger scher Apparat). Kochiotomie durch Längsschnitt, supravaginale Amputation nach relativ leichter Ausschälung aus dem Ligamentum und dem rechten Parametrium (provisorische Gummiligatur) retroperitoneale Versenkung des Stieles, Naht. Kein Erbrechen, kein Schock; der jahrelang vergeblich behandelte Darm funktioniert gut vom ersten Tage nach der Operation an. Verhältnismässig schnelle Erholung. Pat. geht nach 4 Wochen nach Hause, kann jetzt, nach ¼ Jahr zu Fuss sich vorstellen, wohler und leistungsfähiger als seit Jahren. Eine Pharyngitis sicca, die die Sprache seit langem fast unverständlich gemacht und jeder Behandlung getrotzt hat, bereits wesentlich gebessert, Sprache viel deutlicher.

Herr S. **Auerbach** stellt einen 16jährigen Lehrling vor, bei dem er auf Grund des Symptomenbildes (Stirn- und Nackenkopfschmerz, doppelseitige, links bereits in Atrophia N. opt. übergehende, Stauungspapille, Schwäche des linken Fazialis, ganz leichte Ataxie der linken Hand und des linken Fusses, ataktischer Gang, Klopf- und Druckempfindlichkeit der linken Hinterhauptschuppe, Herabsetzung des linken Kornealreflexes, Fussklonus und Babinski bald rechts bald links, häufiger aber links, beträchtliche Schwankungen in den Erscheinungen) die Diagnose: **Tumor der linken Kleinhirnhemisphäre** und Hydrocephal. int. oder starker Hydrozephalus allein stellte. Die letztere Möglichkeit konnte dadurch ausgeschlossen werden, dass 2 Punktionen des linken Seitenventrikels (60 ccm und 75 ccm ganz klarer Flüssigkeit) wohl die subjektiven Beschwerden etwas linderten, den objektiven Befund aber völlig unverändert liessen. Deshalb Blosslegung der linken Kleinhirnhemisphäre. Exstirpation einer apfelgrossen Zyste. Bedrohliche Erscheinungen bei der osteoplastischen Resektion des Okziput und schwerer Verlauf in den ersten 8 Tagen nach Entfernung der Zyste. Pat. jetzt geheilt bis auf die

unveränderte Amaurose links und geringe Residuen der früheren Erscheinungen. Die ausführliche Publikation erfolgt an anderer Stelle.

Demonstration des Herrn E. Grossmann.

G. schildert den Verlauf der Operation, die zweizeitig ausgeführt wurde. Am 6. XI. 06 wurden beide Kleinhirnhemisphären durch einen grossen osteoplastischen Knochenlappen aus der Hinterhauptschuppe freigelegt. Dabei entstand durch Abreissen einer Vene eine sehr starke Blutung aus dem linken Sin. transv. ,welche durch die Naht des Sinus gestillt wurde. Nachdem sich der Kranke von dem schweren Eingriffe erholt hatte, wurde am 22. XI. 06 in Skopolamin-Morphium-Narkose die Dura gespalten und aus der linken Kleinhirnhemisphäre die apfelgrosse Zyste exstirpiert. Dieselbe sass am hinteren Pole fest in der Substanz des Kleinhirns, so dass Teile des letzteren mit entfernt werden mussten. Die Gebilde der hinteren Schädelgrube lagen in grosser Ausdehnung übersichtlich frei. Der Weichteilknochenlappen wurde nach Entfernung der Geschwulst wieder hochgeklappt und die Wunde in ganzer Ausdehnung ohne jede Drainage durch die Naht verschlossen. Reaktionslose Wundheilung. Die Skopolamin-Morphium-Narkose erwies sich für die Operation als völlig ausreichend.

Herr Graul: Ueber primäre Hyperazidität und Hypersekretion und ihre Beziehungen zur Atonie des Magens.

Obwohl die neuesten experimentellen Untersuchungen am Tier wie am Menschen unter normalen Bedingungen wohl einen Wechsel in der abgesonderten Saftmenge zeigen, dagegen eine konstante Azidität des „reinen" Magensaftes, ist dennoch für pathologische Verhältnisse an einer primären nervösen Superazidität festzuhalten. Verfasser bespricht kurz das klinische Bild, zu diesem gehörten neben den objektiven erhöhten Werten für die freie HCl eine Reihe subjektiver Beschwerden, die sich dann geltend machen, wenn die individuell verschiedene Breite der jeweils normalen HCl-Konzentration überschritten wird. Während normaliter die Azidität des Magensaftes die Magenmotilität nicht tangiert, scheint in einzelnen Fällen das Umgekehrte einzutreten. Auf Grund einer konstitutionellen Atonie (im Sinne Stillers) kann nervöse Hyperazidität, auch digestive Hypersekretion auftreten. Kaufmann hat ausdrücklich darauf aufmerksam gemacht. Geht die digestive Hypersekretion in die kontinuierliche Gastrosukkorrhöe über, so ist in den meisten Fällen an Ulcus ventriculi als Komplikation zu denken: In all den Fällen gleichzeitiger Atonie des Magens ist bei der Behandlung der Hyperazidität eine quantitative Normierung der Mahlzeiten, bei Trinkkuren der Mineralwassermenge, je nach der motorischen Kraft des Magens mit in erster Linie zu berücksichtigen; Liegekuren haben guten Nutzen.

(Der Vortrag wird in extenso publiziert werden.)

Ordentliche Sitzung vom 6. Mai 1907, abends 7 Uhr im grossen Hörsaal der Senckenbergischen Bibliothek.

Vorsitzender: Herr Sippel.
Schriftführer: Herr Seligmann.

Protokollverlesung.

Demonstrationen aus dem pathologischen Institut:

Herr Albrecht demonstriert 1. einen Fall von **Metastasen eines Rektalkarzinoms**, bei welchem ein Knoten sowohl in einen Hauptbronchus als in eine Lungenvene durchgebrochen war und zu weiteren Verschleppungen auf dem Wege des Blutkreislaufes geführt hatte. Exstirpation des tiefsitzenden Rektalkarzinoms vor 5 Jahren; kein lokales Rezidiv.

Zu einer grösseren Anzahl von Präparaten tuberkulöser Lungen erläutert der Vortragende die Möglichkeiten einer für die Klinik brauchbaren und gleichzeitig pathologisch-anatomisch einwandsfreien **Einteilung der tuberkulösen Prozesse der Lunge.** A. Fränkel hat mit v. Rosthorn vor kurzem ein Schema hierfür vorgeschlagen, welches unterscheidet:

1. Spitzenprozesse, ein- oder doppelseitig;

2. Oberlappenprozesse, ein- oder doppelseitig, und zwar a) infiltrative; b) zirrhotische; c) kavernöse Prozesse (unter letztere einbegriffen die käsig pneumonischen Herde).

3. Tuberkulose des Oberlappens mit gleichzeitiger Beteiligung von Mittel- oder Unterlappen.

Diese Einteilung ist jedenfalls den bisherigen vorzuziehen, lässt sich aber auch jetzt schon in mancher Hinsicht verbessern. Voraussetzung für eine derartige Einteilung ist, dass gewisse, in Hinsicht auf Prognose und Therapie zu unterscheidende Formen genügend häufig rein oder weitaus überwiegend den tuberkulösen Prozess repräsentieren. Das trifft denn auch in der Tat für eine grosse Zahl von Fällen zu, wenn man das folgende Einteilungsprinzip annimmt:

A) Solitäre Herde (bei Erwachsenen am häufigsten in den Oberlappenspitzen, bei Kindern häufig, aber auch gelegent-

lich bei Erwachsenen, an anderen Stellen, namentlich im oberen Drittel der Unterlappen.

B) Oberlappenprozesse, d. h. einigermassen ausgedehntere und fortschreitende tuberkulöse Herde im Oberlappen. Bei diesen ist indes fast regelmässig bereits die Spitze des Unterlappens der betreffenden Seite in geringem Grade mitbefallen, sodass eine strenge Scheidung nach dem Fränkelschen Schema nicht möglich ist. Die Oberlappenprozesse (und die Prozesse der Gruppe C) lassen sich wieder einteilen in

1. zirrhotische: überwiegend oder ausschliesslich fibröse Umwandlung, a) ohne oder b) mit Kavernen;

2. knotige Tuberkulose, a) ohne oder b) mit Kavernen: Bronchiolitis und Peribronchiolitis nodosa mit Tendenz zum zentralen Abheilen, im ganzen langsam fortschreitend, bei geringer Zahl der Knoten häufig zur Abheilung gelangend. Klinisch verhältnismässig geringfügige Symptome; häufig wegen der Kombination mit Emphysem (lokalem oder allgemeinem) übersehen oder nach Ausdehnung geringer eingeschätzt als sie in Wirklichkeit sich erweisen;

3. käsig-pneumonische Tuberkulose, a) ohne oder b) mit Zerfall und Kavernenbildung. Unter diese letztere Rubrik gehört die Mehrzahl der floriden Phthisen, sei es, dass der käsig-pneumonische Prozess von Anfang an das Bild beherrscht, oder sich unter rascher Verschlimmerung an eine der Formen sub 1 oder 2 anschliesst.

C) Ausgedehntere Prozesse in 2 oder mehr Lappen, mit den gleichen 3 bezw. 6 Unterabteilungen.

Relativ häufiger ist, als durch käsige Tuberkulose (siehe sub B) der Ausgang der beiden ersteren Formen, zumal bei älteren Individuen, durch nichtkäsige Pneumonie oder durch eine andere Komplikation (Pneumothorax, Pleuritis etc.) hervorgebracht.

Diese drei Hauptgruppen (1, 2, 3) erlauben dann eine an die ältere anschliessende weitere Klassifikation nach der Ausdehnung, je nachdem sie einen Oberlappen, zwei Oberlappen, Ober- und Unterlappen der gleichen Seite in ausgedehnterem Masse, oder drei Lappen befallen haben. Für die erstere Gruppierung stellt sich die Reihenfolge der Bösartigkeit in der angegebenen Weise (zirrhotische, knotige, käsige Prozesse). Hier kommt dann noch die Frage, ob Kavernen vorhanden sind oder fehlen, prognostisch zur Bedeutung, jedoch in verschiedenem Masse für die verschiedenen Gruppen; denn im Falle der zirrhotischen Herde sind Kavernen sehr häufig belanglos, ausgeheilt; im Falle der knotigen Tuberkulose begünstigen sie

in hohem Masse das Fortschreiten sowohl im Bereich des betreffenden Bronchus als des gleichseitigen Unterlappens, ferner auch das Befallenwerden des Darmes, event. des Kehlkopfes. Bei der dritten Form endlich, den käsig-pneumonischen Prozessen, stellen die Kavernen eine Komplikation dar, welche den ohnehin meist rapiden Verlauf nur um weniges beschleunigt. Ihre prognostische Bedeutung ist also am grössten in den Fällen der zweiten Gruppe (B 2 b).

Die vorgeschlagene Einteilung basiert im wesentlichen auf der von Orth immer vertretenen Einteilung der tuberkulösen Prozesse in überwiegend exsudative, also hier pneumonische Formen und überwiegend produktive, knötchenbildende Formen (natürlich ohne absolut scharfe Trennung der Prozesse). Der zunächst naheliegende Einwand, dass die Formen sich regelmässig kombinieren, trifft, wie die Beobachtung zeigt, nur für die geringere Zahl der Fälle zu, indem z. B. in den letzten Stadien die knotige Form zu kleineren oder grösseren käsig-pneumonischen Herden auswächst, aber fast nie im umgekehrten Sinne. In diesen letzteren Fällen hat aber die genaue Diagnose- und Prognosestellung in der Regel nur mehr theoretischen Wert. Zu beachten ist noch, dass die peribronchialen Knötchen bei subakutem Verlauf in ausserordentlich grossen Mengen aufzutreten pflegen, entsprechend der Entstehung sehr reichlicher käsig-bronchiolitischer Herde, eine Veränderung, der eine sehr rasche Ausdehnung der katarrhalischen Prozesse (umschriebene Atelektasenbildung usw.) parallel läuft.

Der Vortragende glaubt, dass unter Zugrundlegung dieses Schemas in Form einer Fragestellung und unter Berücksichtigung der übrigen Organ- und Gesamterscheinungen eine wirklich brauchbare und mit den pathologischen Veränderungen zusammenstimmende klinische Diagnostik der Lungentuberkulose geschaffen werden kann.

Herr **Otto Rothschild: Demonstration eines retrobulbären Teratoms.**

Demonstration eines Patienten des Herrn Dr. Aschheim. Exstirpation eines retrobulbären Tumors nach Krönlein. Die Symptome bestanden zunächst in brennenden Schmerzen im rechten Auge, dann trat Schielen und schliesslich (aber nur 3 Wochen lang) Doppeltsehen auf.

Befund: Protrusio bulbi, Verlagerung des Bulbus nasalwärts und nach oben, Behinderung der Blickrichtung nach aussen. Entropium des unteren Lides. Konjunktivitis. Papille ein wenig gerötet. Sehschärfe 5/8 (auf der gesunden Seite 5/5). Auf der temporalen Seite des Bulbus fühlt man zwischen diesem und äusserer Orbitalwand einen Tumor von glatter Oberfläche, weicher Konsistenz, nicht fluktuierend, nicht pulsierend, der sich in die Tiefe erstreckt.

Bei der am 1. März vorgenommenen Operation nach Krönlein fand sich zwischen Muskeltrichter und Periorbita eine kirschgrosse Geschwulst, die sich von der nasalen Seite her relativ leicht exstirpieren liess. Die Wunde heilte p. pr. Es blieb eine starke Chemosis zurück, die nach 3 Wochen verschwand.

Zurzeit steht das Auge normal, Blickrichtung nach aussen frei, kein Entropium, keine Konjunktivitis, Narben kaum sichtbar. Augenhintergrund normal, Sehschärfe übernormal.

Der exstirpierte Tumor hat die Grösse von 1:1½:2 cm und fühlt sich wie eine Zyste an. Beim Durchschneiden erweist er sich als solider Tumor, und zwar ergibt die mikroskopische Untersuchung (Prof. Albrecht), dass es sich um eine teratoide Geschwulst handelt, bei der an einer Stelle das Geschwulstgewebe die Kapsel durchbrochen hat.

Der Fall ist insofern ein Unikum, als die sieben bisher beschriebenen Orbitalteratome an Neugeborenen beobachtet wurden.

Diskussion: Herr Aschheim: Da der Tumor klein auch leicht zugänglich war, wäre ich in der Möglichkeit gewesen ihn durch einen Eingriff von vorn her zu exstirpieren. Indessen glaubte ich aus dem nicht unbeträchtlichen Exophthalmus schliessen zu müssen, dass es sich um einen grösseren Tumor handelte, der weit in die Orbita hineinreichte und konnte daher nicht mit Bestimmtheit annehmen, dass die Operation von vorn her ebenso sicher zum Ziel führen würde wie die nach Krönlein.

Herr **Ferd. Becker: Ein mit Radium behandelter Fall von Epitheliom.**

Der 78 jährige Patient, der sich Ihnen vorzustellen die Freundlichkeit hat, zeigte am 18. IX. 06, als ich ihn zum ersten Mal sah, folgenden Befund: Auf dem linken Jochbogen ein etwa markstückgrosses Epitheliom mit Neigung zur Narbenbildung im Zentrum, geschwürigem Zerfall und derber infiltrativer Wucherung in der Peripherie. Ein etwa erbsengrosses Gebilde von gleicher Beschaffenheit fand sich unter dem linken Auge etwa der Lage des Foramen infraorbitale entsprechend. In symmetrischer Weise zeigte die rechte Seite Läsionen von minderer Bedeutung, nämlich unter dem rechten Auge ein linsengrosses gelbliches mattglänzendes, in der Haut liegendes, nur wenig prominentes Knötchen. Endlich auf dem rechten Jochbogen eine lebhaft gerötete, diffus infiltrierte schuppende Stelle.

Es fiel mir zunächst die Symmetrie der Hautläsionen auf, die ich auf den Druck eines Brillengestelles zurückführen zu dürfen glaubte. Patient wusste von einer solchen Genese nichts, leitete vielmehr das markstückgrosse Ulcus links von Rasierverletzungen her. Dieses Gebilde hat sich angeblich in 7 Jahren langsam entwickelt.

Der Hausarzt hatte bereits Solut. fowler. ars. gegeben, eine Medikation, die ich noch 4 Wochen beibehielt. Daneben wurden die Epitheliome mit Radium behandelt, und zwar 5 mg Radiumbromid von 2 000 000 Uraneinheiten an 12 verschiedenen Stellen je 30—60 Minuten. Im ganzen wurden so 23 Bestrahlungen in 15 Sitzungen verabreicht. 1 Stelle (unter dem rechten Auge) wurde einmal, das Randinfiltrat der obersten Spitze des grössten Ulcus dreimal, alle anderen Stellen je zweimal in Intervallen von etwa 6 Wochen der Radiumwirkung ausgesetzt.

Am 18. I. 07 erhielt der Herr wegen einiger nachträglich aufgetretener seborrhoischer Warzen an der Stirne nochmals Fowlersche Lösung.

Vortrag des Herrn **A. Homburger: Zur Diagnose der Kleinhirngeschwülste.**

H. berichtet über 3 Fälle von Kleinhirntumor: I. Angiosarkom beider Hemisphären und des Wurms, Exitus ½ Jahr nach Auftreten der ersten Erscheinungen. II. Gliom medial vom linken Nucleus dentatus an den Ventrikel heranreichend, erzeugte beiderseitige Basalnervensymptome neben homolateralen Hemisphärenerscheinungen; die ersteren blieben auch nach Entlastungstrepanation nebst Ventrikelpunktion bestehen. Exitus 3 Monate nach Auftreten der ersten Erscheinungen. III. Zyste der rechten Hemisphäre: rechtsseitige Fazialis-, Akzessorius-, Hypoglossusparese, Hemihypotonie? Operation und Heilung. Patient, 23 Jahre alt, arbeitet als Weber 10 Stunden täglich. Von Allgemeinerscheinungen bestanden in allen drei Fällen Kopfschmerz, Erbrechen, Schwindel ohne Richtungsmerkmale; beiderseits Stauungspapille; ausserdem in allen dreien Nystagmus; in keinem zu irgendwelcher Zeit Pulsverlangsamung. Alle drei Fälle verliefen in typisch sich abgrenzenden Schüben. (Ausführl. Veröffentl. i. d. Z. f. d. Grenzgeb.)

Diskussion: Herr Brodnitz: Der Fall von geheilter Kleinhirnzyste, den ich Ihnen hier vorstelle, wurde von mir am 10. Januar 1907 operiert. Es wurde ein Weichteillappen gebildet, entsprechend der rechten Hinterhauptsschuppe, mit der Basis nach unten; Skelettierung des Knochens bis zum Foramen magnum; Trepanation mit Handtrepan dicht unterhalb der Linea semicircularis. Entfernung des Knochens mit der Luerschen Zange, nach unten bis Foramen magnum, nach oben bis 1 cm oberhalb des Sinus transversus. Dura stark gespannt, nicht pulsierend. Der erste Teil der Operation ist beendet; der Knochendefekt wird mit einer Kompresse bedeckt, der Weichteillappen darüber vernäht. Nach 5 Tagen zweiter Teil der Operation. Nach Spaltung der Dura drängt sich die rechte Kleinhirnhemisphäre stark hervor; bei vorsichtigem Zurückdrängen, um den Duraspalt zu verlängern, spritzt aus der rechten Hemisphäre ein feiner Strahl klarer, gelblicher Flüssigkeit, die Oeffnung wird erweitert und man befindet sich in einer pflaumengrossen Zyste, deren Spitze nach dem Canal. hypogloss. gerichtet ist; die Zystenwandung ist deutlich zu übersehen, kann jedoch nur stückweise entfernt werden, daher Einlegen eines Drainrohres, im übrigen völliger Verschluss des Lappens. Eingriff wird gut überstanden. Reichlicher Abfluss von Zerebrospinalflüssigkeit auch nach Entfernung des Drains, welcher 8 Tage liegen blieb. Nach 4 Wochen völlige Vernarbung. Subjektiv gar keine Beschwerden, objektiv leichtes Schwanken, welches durch systematische Gehübungen in weiteren 2 Wochen ganz gehoben wurde. Gegenwärtig zeigt nur die Narbe die frühere schwere Erkrankung; durch die Nackenfaszien und Muskulatur ist ein völliger Abschluss erzielt, es besteht kein Prolaps. Der Patient ist in seiner früheren Stellung als Weber mit 10stündiger Arbeitszeit tätig.

Herr Kohnstamm: Angesichts der Verfeinerung der Kleinhirndiagnostik, von der wir eben wieder eine Probe erfahren haben,

ist die Zurückführung jedes Symptoms auf sein anatomisches Substrat von Bedeutung. Die Oppenheimsche Areflexie der Kornea ist ein Lähmungssymptom des sensiblen Trigeminus, dessen Wurzeln dieselbe Dreiteilung ihres Verlaufes erfahren, wie die Hinterwurzeln des Rückenmarkes. Der kinästhetische Anteil derselben verläuft bekanntlich ungekreuzt in den Hintersträngen, um dann von den Hinterstrangskernen ab den Weg zur gekreuzten medialen Schleife einzuschlagen. Diesem Anteil entsprechen diejenigen Trigeminuswurzeln, die im sensiblen Trigeminuskern der Brücke endigen. Der 2. Anteil der Spinalwurzeln tritt in die graue Substanz des Eintrittniveaus ein, setzt sich zum Teil zum gekreuzten Gowersschen Strang fort, dem Leiter des Temperatur- und Schmerzsinns, teils dient er der Reflexvermittlung. Diesem Anteil entspricht die spinale Trigeminuswurzel in ihrer ganzen Länge. Selbst Erweichungsherde im kaudalen Drittel derselben machen Areflexie der Kornea (ein Primum movens!). Dem 3. Kl.-S.-B.-Anteil der Spinalwurzeln entsprechen nach meiner Anschauung Fasern, die sich aus dem ventralen Zipfel des Graus der spinalen Trigeminuswurzel entwickeln und sich dem Corp. restif. kleinhirnwärts anschliessen. (Psych.-neurolog. Wochenschr. 1905, 24.)

Ordentliche Sitzung vom 3. Juni 1907, abends 7 Uhr, im grossen Hörsaal der Senckenbergischen Bibliothek.

Vorsitzender: Herr Sippel.
Schriftführer: Herr Seligmann.

Der Vorsitzende verliest ein Schreiben des Standesausschusses des Inhalts, dass Herr Ebenau zum I. Vorsitzenden, Herr Hirschberg zum II. Vorsitzenden, Herr Kutz zum I. Schriftführer, Herr Gelhaar zum II. Schriftführer gewählt worden sind.

An Stelle des ausgeschiedenen Herrn J. de Bary wird Herr Scholz zum Mitglied der Milchkurkommission gewählt.

Herr **Albrecht** demonstriert:

1. Einen Fall von akuter **Lysolvergiftung** bei einem etwa 45 jähr. Mann: Suizidium, Menge des aufgenommenen Lysols unbekannt; rasche Magenspülung; Tod nach 3 Tagen unter Erscheinungen der hämorrhagischen Nephritis und von Bronchopneumonien.

Der unterste Teil des Oesophagus und die Kardia sind am stärksten verändert, ihre Schleimhaut fast überall in grossen braunen lederartigen Fetzen abgehoben, in der Magenschleimhaut allmählig abnehmende Auflagerungen der diffus gebräunten Schleimhaut, welche streifenförmig bis etwa zur Pylorusgegend verlaufen. Im Anfangsteil des Duodenums geringe Anätzung der Schleimhaut. Geringe Aetzung in Kehlkopf, Trachea und an den Lippen.

Der Vortragende hebt die zunehmende Häufigkeit der Lysolvergiftungen hervor und die Notwendigkeit, den freien Verkauf von konzentriertem Lysol in Apotheken und Drogerien auf gesetzlichem Wege zu verhindern.

2. Fast pflaumengrosse derbwandige **Zyste** mit hellbräunlicher, etwa ½ cm dicker fibröser Wand, in welcher dicht verfilzte, von Bindegewebe umwachsene Fasern eines die Lichtung ausfüllenden Gazetampons auf der Schnittfläche hervorragen. Das Präparat wurde durch Nachoperation entfernt bei einem Patienten, welchem vor einem Jahre auswärts eine blutige Ischiadikusdehnung gemacht worden war. Offenbar war der wegen Blutung eingestopfte Tampon — darauf weist die starke Pigmentierung hin — vergessen worden.

3. Etwa halbkindskopfgrosses ödematöses **Myoma submucosum des Uterus** mit starker Entwicklung der Uterinwand. Der Uterus entspricht auch in seiner Wanddicke etwa einem graviden Uterus des dritten Monats. Auch klinisch musste die Möglichkeit einer Verwechslung ernsthaft in Betracht gezogen werden.

4. Zwei Präparate von **Lungenembolie:**

a) Fall von Pemphigus vulgaris universalis. Im Laufe der Behandlung trat eine tödlich endende Lobulärpneumonie ein, im Anschluss an eine (klinisch latente) Embolie eines rechtsseitigen Unterlappenastes. Als Ausgangspunkt wurden marantische Thromben der Vena poplitea dextra gefunden, fortgesetzt von zahlreichen marantischen Thromben in varikös erweiterten, zum Teil sklerotisch verdickten Venen der Wade (Saphena minor und Muskelvenen, besonders des Gastrocnemius).

b) Lobulärpneumonie und serofibrinöse Pleuritis bei 2 jährigem Kinde, im Anschluss an Masern entstanden. Anatomisch: in eitriger Einschmelzung begriffener Infarkt des Unterlappens und eitrige Pneumonie bei ausgedehnter embolischer Verstopfung mehrerer grosser Aeste des Unterlappens; frische Infarktbildung im gleichen Unterlappen. Marantischer Thrombus an der Linea terminalis des rechten Vorhofes, ausgedehntere marantische Thromben in der linken Vena femoralis.

Der Vortragende weist darauf hin, dass die beiden Fälle durchaus nicht Ausnahmen, sondern relativ häufige, klinisch wenig beachtete Vorkommnisse darstellen. Am meisten Beachtung haben jene häufigen Fälle gefunden, welche in der bekannten Weise durch verstopfende Embolie von Lungenarterien aus peripherischen Venenthromben direkt tödlich enden. Infarktbildungen sind bekanntlich gleichfalls häufig, aber überwiegend bei Herzkranken klinisch feststellbar. Dagegen ist, wie in dem ersteren Falle, der Zusammenhang blander Embolie und dadurch hervorgebrachter Disposition des betreffenden Abschnittes für die Ansiedlung von Pneumonieerregern, ohne alle Infarktsymptome klinisch fast unbeachtet, auch anatomisch in seiner Bedeutung und Häufigkeit kaum genügend eingeschätzt. Neben diesen drei Möglichkeiten trifft bekanntlich auch die vierte nicht allzu selten zu, dass bei hochgradig kachektischen oder anämischen Individuen Embolien der Lunge zu gar keinen anatomisch nachweisbaren Veränderungen führen: Auffindung von einfachen oder multiplen, oft weitorganisierten Embolis bei Karzinomatösen (auf Basis von Krebszellembolie oder von anderen Thromben aus), terminale, kleine einfache oder multiple Embolien als häufiger Befund bei anämischen Phthisikern).

Es ist besonders hervorzuheben, dass sowohl die groben als die kleineren Embolien häufig vorkommen, ohne dass an ihrer Ursprungsstelle Oedem, Phlebitis etc. sich gezeigt hätte. *Alle Patienten mit Varizen der Unterextremitäten müssten in allen Krankheitsfällen, welche zu längerem Liegen führen, mit Herzschwäche einhergehen, und besonders in allen denjenigen, bei welchen durch infektiöse Prozesse die Gerinnbarkeit des Blutes vermehrt wird, in Hinsicht auf derartige Thrombenbildung und Emboliegefahr besonders aufmerksam überwacht werden.* Allgemein kann nur gesagt werden, dass die Entstehung der Thromben, soweit nicht eigentliche Thrombophlebitis in Frage kommt, am häufigsten ist, wenn konkurrieren: Herzermüdung, (Fettherz, idiopathische Dilatation, Klappenfehler, Verfettung des Myokards), infektiöse Erkrankungen (insbesondere Pneumonie, Typhus, ausgedehnte Eiterung), Phlebektasien (Phlebosklerose). Unter den Embolis sind in

der genannten Richtung diejenigen, welche aus marantischen Thromben des rechten Ventrikels oder Vorhofs stammen, verhältnismässig wenig wichtig; sie führen nicht sehr häufig zu Lungenembolien und im allgemeinen werden auch meist nur kleine Stücke von ihnen losgerissen. Ebensowenig kommen für Embolien die an sich ja viel häufigeren Thrombenbildungen in den Venen des Parametriums — ausser in Puerperium und Gravidität — oder die Venen des Plexus prostaticus, die gleichfalls häufig frühzeitig thrombosieren, in Frage: denn aus ihnen werden nur selten Gerinnsel verschleppt. Es ist demnach zu erwarten, dass bei genügend darauf gerichteter Untersuchung die so häufigen Thromben in den peripherischen Venen auch klinisch häufig diagnostiziert und daraus die Konsequenzen für die Vermeidung von Embolien gezogen werden.

Diskussion: Herr K. Herxheimer: Der Fall, worüber Herr Albrecht soeben sprach, ist ein Pemphigus, der im städtischen Krankenhause behandelt wurde, und der mehrfaches Interesse bietet. Zunächst deshalb, weil er von der Mundschleimhaut ausging, eine Eigenschaft, die die Krankheit prognostisch ernster erscheinen lässt. Dann aber auch, weil er auf fast allen sichtbaren Schleimhäuten Platz griff, auf den Konjunktivae, in der Nase, am Anus. Endlich, weil auf der Zunge sich Vegetationen zeigten, während dieselben auf der Haut und den übrigen Schleimhäuten fehlten. Es ist ohne weiteres verständlich, dass die Vegetationen sich zum Pemphigus der Schleimhaut eher zugesellen, als zu dem der Haut, weil dort durch die Mazeration des Epithels die Papillen leichter auswachsen können. Pathologisch-anatomisch möchte ich bemerken, dass wohl alle Pemphiguskranken, die in den letzten 12½ Jahren im städtischen Krankenhause starben, an Embolien nach peripheren Thrombosen oder an Pneumonie zu Grunde gingen.

Herr Sippel weist darauf hin, wie schwer differenziell diagnostisch die Unterscheidung zwischen Myom und Schwangerschaft sein kann, wenn es sich, wie bei dem von ihm operierten und von Herrn Albrecht demonstrierten Uterus, um völlig symmetrische Vergrösserung des Uteruskorpus handelt, wenn die schleimige Erweichung ein verhältnismässig rasches Wachstum des Uterus bedingt und wenn dadurch die Konsistenz des Myoms der eines graviden Uterus gleich wird. Erschwert wird die Diagnose durch den Umstand, dass auch beim erweichten Myom die umhüllende Uteruswand dieselben Kontraktionen bei der Palpation eingehen kann, wie bei Gravidität. Unter Umständen vermag nur die Beobachtung Klarheit zu schaffen. Umgekehrt ist die schleimige Erweichung und die hierdurch bewirkte Konsistenzveränderung geeignet, die Diagnose der seltenen Myome des Ligamentum latum zu erleichtern, weil gerade diese infolge ihrer ungünstigen Ernährungsbedingungen sehr oft muzinös entarten und von keiner kontraktilen Muskularis umgeben sind, welche Veränderungen in der Festigkeit der Geschwulst veranlassen kann.

Herr **Edinger** demonstriert das **Gehirn von Tursiopsis tursio, einem Delphin.** Hier sind die Hemisphären ganz enorm entwickelt und auch stark gefurcht. Sie übertreffen an relativer Masse sogar die des Menschen oder erreichen sie doch. Selbst die riesigsten Anthropomorphen, hünenhafte Gorillas, haben kaum halb so grosse Hemisphären wie der Mensch. Da nun Alles dafür spricht, dass die Hemisphären höherer geistiger Tätigkeit dienen und da sich mit ihrer

Ausbildung eben die Fähigkeit zu solcher steigert, so erhebt sich die Frage nach dem Gebrauch, den der Delphin von so hoch entwickeltem Gehirne macht. Es ist aber da gar nichts bekannt und doch dürfen wir annehmen, dass hier in der Tiefe des Weltmeers Wesen von besonderer, unsere eigene Begabung vielleicht in vielen Richtungen übertreffender Begabung leben. Wir brauchen nicht mit den Romanschriftstellern künstliche Marsbewohner konstruieren, es ist vielmehr durchaus möglich, dass in den Delphinen Wesen gegeben sind, die uns in bestimmten Beziehungen überragen. Leider besteht gar keine Aussicht die Rätsel, welche hier die Anatomie aufgibt, biologisch zu lösen.

Herr **Scheven** demonstriert:

1. 2 Fälle von **Radikaloperation der Stirnhöhle.** Der erste doppelseitig operierte bietet infolge der kleinen Raumverhältnisse der erkrankten Höhlen ein ideales kosmetisches Resultat; der 2. Fall betrifft eine extrem grosse Stirnhöhle mit ausgedehnten Rezessusbildungen frontalwärts, nach dem Schläfenbein zu und einem tiefen orbitalen Rezessus. Trotz schwerster Krankheitssymptome glatter Verlauf; Heilung mit tiefer Impression an der Stirn. In beiden Fällen wurde nach Killian operiert und das Hauptgewicht auf eine weite Kommunikation nach der Nase zu gelegt.

2. **5 Mandelsteine** aus der oberen Mandelbucht eines 15 jährigen jungen Mannes, die fast symptomlos getragen, nach kurzen Beschwerden durch Brechakt spontan entleert wurden. Der grösste dieser 5 Steine allein hat einen Umfang von 6 cm, ist 2½ cm hoch, 2 cm tief; die kleineren Steine sind diesem grossen Konkrement dicht angelagert und passen mit Kugelsegmenten in entsprechende Ausschliffe des grösseren Steines hinein, so dass die ganze Masse ein sich gelenkartig gegen einander verschiebendes Gebilde darstellt. Auf diese Art war die Möglichkeit gegeben, dass die Steine beim Schluckakt sich durch gegenseitige Verschiebung den sich ändernden Raumverhältnissen der einzelnen Phasen anpassen konnten und so erklärt sich wohl der symptomlose Verlauf. Die chemische Analyse (Dr. Emden) ergab phosphorsauren Kalk.

3. **Viel kleinerer Mandelstein** (½ Haselnuss) von maulbeerförmigem Aussehen, der wegen starker Beschwerden (Hustenreiz) entfernt werden musste; die umgebende Tonsille war in hartes fibröses Gewebe umgewandelt.

4. **Speichelstein** aus dem Ductus sublingualis. Grösse die doppelte eines Kirschkernes. Die Verstopfung des Speichelganges hatte zu einer diffusen Entzündung und harten Infiltration des Mundbodens geführt, die nach Exzision des Steines schnell zurückging. Die Diagnose machte Schwierigkeiten, weil ein voraufgegangenes regionäres Karzinom (vor 2 Jahren operiert) zunächst an Metastasen denken liess.

Herr **Emanuel: Ein Fall von Höhenschielen (Parese des Musculus rectus superior sin.) durch Tenotomie des Musculus rectus superior (dext.) geheilt.**

21 jähriger Mann bemerkt seit ½ Jahr, dass das rechte Auge beim Blick nach links höher steht. Nie Doppeltsehen. Der Kopf wird nach links und etwas nach hinten geneigt gehalten. Visus beiderseits normal. Bei Fixation des rechten Auges steht das linke tiefer, bei

Fixation des linken Auges das rechte höher. Beim starken Blick nach oben bleibt das linke Auge etwas zurück. Prüfung nach Maddox: 1 Grad Konvergenz, Bild des linken Auges 28 Grad höher als das Bild des rechten. Die Höhendistanz wächst bei Hebung des Blicks und beim Blick nach links, nimmt ab beim Senken des Blicks und beim Blick nach rechts: Parese des Musculus rectus superior sin.

Operation: Durchschneidung des Musculus rectus superior dext. nach vorheriger Einlegung eines Fadens durch den Muskel zur etwaigen nachträglichen Dosierung des Effekts. Nach der Operation keine nennenswerten Störungen durch Doppelbilder. Nach 3 Tagen Beginn der stereoskopischen Uebungen. 4 Wochen nach der Operation kosmetisch und funktionell ideales Resultat. Nach Maddox keine Höhendifferenz beim Blick geradeaus. Heringscher Fallversuch wiederholt prompt bestanden. Bilder im Stereoskop werden leicht vereinigt und die Sicherheit der Tiefenschätzung nimmt fortschreitend zu.

Herr **Cuno: Bericht über den Stand der unter Kontrolle des Vereins stehenden Milchkuranstalt.**

Im Auftrag der Kommission des ärztlichen Vereins zur Ueberwachung der Frankfurter Milchkuranstalt referiert Cuno über den Stand der Anstalt. Durch Anlegung eines Kontumazstalles mit Weidegang im Odenwald wurde die Anstalt erweitert, und wurde es dem Anstaltsleiter erlaubt, 20 Kühe unter weitgehenden Kautelen auch zu einer 2. Melkperiode zuzulassen. Von den 90—95 Anstaltstieren wurden täglich ca. 1000—1050 Liter Milch gewonnen. Der Durchschnittsmilchertrag einer Kuh betrug 12,3 Liter. Zum Ersatz abgemolkener Kühe musste, da die Schweiz gesperrt war, auf Odenwalder Bergkühe zurückgegriffen, und statt Schweizer Heu solches aus der Schwäbischen Alb eingeführt werden. Die Kühlvorrichtungen wurden verbessert, neue Melkstühle eingeführt. Die Tuberkulose der Anstaltstiere hat abgenommen und wurde nur bei 10 Proz. der seit Januar 1906 verkauften, geschlachteten Tiere geringgradige Tuberkulose gefunden. Nachimpfungen mit Tuberkulin konnten bisher noch nicht eingeführt werden. Die bisherige Trockenfütterung blieb bestehen. Der Fettgehalt der Anstaltsmilch betrug fast ständig 4 Proz.; ihr Schmutzgehalt war minimal. Durch die grosse Zahl der mit der Milch vorgenommenen Manipulationen (mehrfaches Durchseihen, grosse Milchgefässe) war die Zahl der Bakterien in der Milch ziemlich gross. Bei dem jetzigen Bestreben, eine bakterienarme, eventuell zum Rohgenuss geeignete Milch zu gewinnen, wird die Kommission eine möglichst aseptische Milchgewinnung einzuführen versuchen. Da die Kontrolle eines Stalles schon mit grossen Schwierigkeiten verbunden ist, hält es die Ueberwachungskommission nicht für angebracht, noch andere Anstalten unter Kontrolle zu nehmen.

Diskussion: Herr Hirschberg fände es sehr bedauerlich, wenn der Aerztl. Verein es ablehnen würde, fernerhin eine Ueberwachungskommission für die Frankfurter Milchkuranstalt aus seiner Mitte zu wählen. Mit einem solchen Beschluss wäre das Schicksal der Anstalt besiegelt, sie würde aufhören zu existieren. Wer aber die Verhältnisse der Kinderernährung in Frankfurt vor Errichtung der Anstalt kannte, wer ein Menschenalter hindurch die Vorzüge der von der Anstalt gelieferten Milch, besonders für die

Kinderernährung erprobt hat, wird für die Erhaltung der Anstalt in der jetzigen Gestalt, allerdings vorbehaltlich gewisser Reformen, eintreten. Der Keimgehalt allein ist es nicht, wie selbst Herr Neisser hervorhebt, der das Kriterium einer guten oder schlechten Milch abgibt. Die Hauptsache ist doch eine für die Kinderernährung, namentlich im abgekochten Zustande, qualitativ geeignete Milch. Die hatten wir seit 30 Jahren, und nun droht die Gefahr, sie zu verlieren. Deshalb beantrage ich, die bisherige Kommission wieder zu wählen, ihr jedoch aufzugeben, die geeigneten Massnahmen anzuordnen, die dahin führen, auch im Grossbetrieb den Keimgehalt der Milch möglichst herabzudrücken. Herr Neisser wird, wenn er es auch ablehnt, der Kommission anzugehören, ihr mit seinem bewährten Rat sicherlich gerne zur Seite stehen.

Herr Flesch (zur Geschäftsordnung): Es erscheint eine Generaldiskussion vor Eintritt auf die von dem Vorsitzenden angeregten Einzelpunkte wünschenswert, weil es vielleicht am Platze ist, dass bei diesem Anlass der Verein sich über die Gesamtlage der Milchversorgung der Stadt äussert; die Beschaffung grösserer Milchzufuhren aus Gebieten mit Weidehaltung ist nicht ausgeschlossen, wenn dieselbe von ärztlicher Seite verlangt wird.

Ausserordentliche Sitzung vom 10. Juni 1907, abends 7 Uhr, im grossen Hörsaal der Senckenbergischen Bibliothek.

Vorsitzender: Herr Sippel.
Schriftführer: Herr Seligmann.

Herr **Gelhaar** referiert über die **Aufgaben des bevorstehenden Aerztetages.**

Es werden folgende diesbezügliche Beschlüsse gefasst:

Zu den Leitsätzen über den Unterricht der Schuljugend in der Gesundheitspflege beantragt der Verein: Der Unterricht ist durch Aerzte zu erteilen.

Zu dem Vertragsentwurf zwischen dem Aerztevereinsbund und dem Verband Deutscher Lebensversicherungsgesellschaften: § 3, letzter Absatz möge verändert heissen: Der Besuch ist in allen Fällen nach der ortsüblichen Taxe, mindestens aber mit M. 3.— zu honorieren. § 5 soll den Zusatz erhalten: Nachuntersuchungen sind mit M. 5.— zu honorieren.

Einstimmig wird das Eintreten des Vereins für ein gesetzliches Verbot der Kurpfuscherei beschlossen.

Entsprechend dem Ersuchen des Leipziger Verbandes warnt der Verein seine Mitglieder vor dem Abschluss von Verträgen als Vertrauensärzte von Versicherungsgesellschaften ausserhalb der Organisation des Aerztevereinsbundes.

Zu dem Berichte des Herrn Cuno (s. Protokoll der Sitzung vom 3. Juni 1907) über die Milchkuranstalt wird beschlossen, die Frage der Kontrolle der Milchkuranstalt einer besonderen Kommission zu überweisen, welche dem Verein in der ersten Oktobersitzung darüber schriftlich Bericht erstatten soll; dieser Kommission wird auch der Antrag des Herrn Flesch: „Die Kontrolle der Milchkuranstalten solle durch eine städtische Nahrungsmittelkommission ausgeübt werden" zur Erwägung überwiesen.

Ordentliche Sitzung vom 17. Juni Abends 7 Uhr im grossen Hörsaal der Senckenbergischen Bibliothek

Vorsitzender: Herr Sippel.
Schriftführer: Herr Seligmann.

Herr **Albrecht** demonstriert:

1. einen Fall von **Miliartuberkulose** mit seltenerem Ausgangspunkt und mehreren besonderen Komplikationen. 24 jähriger Kandidat der Theologie, im Februar Influenza, darnach Nephritis, welche wieder vollkommen abheilt. Seit etwa einem Monat hochgradige linksseitige Kopfschmerzen, allmählich auftretende linksseitige Stauungspapille, allmählich, unter Eintreten von Fieber, meningitische Erscheinungen. Anamnestisch war bekannt, dass in der Kindheit eine vielleicht tuberkulöse Affektion an der linken grossen Zehe vorhanden gewesen war (bei der Sektion Narben von Inzisionen, keine weiteren Residuen), keine hereditäre Belastung, keine Anzeichen von Lungentuberkulose.

Bei der Sektion stand im Vordergrunde das Bild der Meningitis, als Teilerscheinung einer subakuten generalisierten Miliartuberkulose. Wie sehr häufig bei der Meningitis der Kinder, nicht selten auch bei derjenigen der Erwachsenen, fand sich eine beträchtliche Anzahl von teilweise über hanfkorngrossen, verkästen Tuberkeln an verschiedenen Stellen des Gehirns; auch die Meningitis tuberculosa war ausgesprochen frühzeitiger und intensiver in der linken Fossa Sylvii und den angrenzenden Stirn-, Temporal- und Parietalpartien (hochgradige käsige, teilweise fast schwielige Verdickung der Meningen, mehrere hanfkorngrosse, aus der Pia vorragende Tuberkel, davon zwei auf die Aussenfläche der Dura durchgewachsen, Pachy-Leptomeningitis adhaesiva in den seitlichen und unteren Partien der mittleren Ringschädelgrube, mit zugehöriger beginnender Pachymeningitis externa productiva), im übrigen das typische Bild der Meningitis basilaris.

Aehnliche primär umschriebene Lokalisationen der Meningitis kommen sowohl im Anschluss an oberflächliche Hirntuberkel, wie bei primären Piatuberkeln nicht selten vor und geben gelegentlich, wie in einem im letzten Jahre demonstrierten Falle, zu Herderscheinungen, z. B. in Form epileptischer Krämpfe Anlass, ehe die Erscheinungen der Meningitis zur Ausbildung kommen. Die Meningitis tuberkulosa ist, wie in fast allen übrigen Fällen, die Teilerscheinung der Generalisation, welch letztere sie in häufigen Fällen nicht mehr bis zur generalisierten Miliartuberkulose fortschreiten lässt, da die Hirnhautaffektion den Tod vorher herbeiführt.

Ausgangspunkt der Miliartuberkulose war eine subchronische käsige erweichende Tuberkulose der linken Epididymis; von dieser aus fortschreitende subchronische Tuberkulose der linksseitigen Lymphoglandulae spermaticae am unteren Pole der linken Niere, kontinuierliche hochgradige käsige Lymphangitis und tuber-

kulöse Thromben des Truncus lymphaticus sinister, der stark angeschwollenen Cysterna chyli und des in seinem ganzen Verlauf stark dilatierten, hochgradig von käsigen Granulationen und Thromben durchsetzten Ductus thoracicus.

Häufiger als auf diesem indirekten Wege geht nach den Beobachtungen von Simmonds die Miliartuberkulose von einer Epididymis auf dem Blutwege durch Veneneinbruch aus. Im vorliegenden Falle wurden die Venen intakt gefunden.

In den Lungen war die Tuberkulose fast ebenso verteilt, wie man sie bei einer subakut fortschreitenden floriden Phthise (Bronchiolitis und Peribronchitis nodosa) sieht; in den Oberlappen Knotchen von 6—12 in einer Gruppe vereinigt, in den Unterlappen überwiegend isolierte Knötchen von eben sichtbarer bis zu Stecknadelkopfgrosse. Es sind dies Bilder, welche an die von Ribbert vertretene Möglichkeit — welche für die Mehrzahl der Fälle jedoch nicht zutrifft — erinnern, dass das Bild der gewöhnlichen Lungentuberkulose auf hämatogenem Wege entstehen kann. In der Tat kann die Tuberkulose der Lunge bei Infektion auf dem Blutwege die gleiche Lokalisation und Ausbreitungsweise haben, wie bei aërogener Infektion und Verschleppung.

Die übrigen Organe zeigten hochgradige akute und subakute Aussaat, die Milz wie gewöhnlich dichteste Aussaat sehr kleiner Knötchen, während in Leber und Nieren, wie bei fast allen subakuten Fällen eine mässige Anzahl bis hanfkorngrosser verkäsender Knotchen neben zahlreichen kleinsten Knötchen vorhanden war.

Als Ausgangspunkt für die Tuberkulose der linken Epididymis liess sich in diesem Falle mit Wahrscheinlichkeit eine hochgradig chronisch verkäste, abgekapselte Lymphdrüse des oberen Mesenteriums nachweisen, welche den einzigen älteren nachweisbaren Lymphdrüsenherd im Körper darstellte (auch in Lungenspitzen und Bronchialdrüsen keine älteren Herde); und auch für diese war der Ausgangspunkt in Form eines halb stecknadelkopfgrossen schwärzlichen vernarbten Knotchens in der Darmschleimhaut noch nachweisbar. Von der Drüse aus führt ein kurzer Strang, der sich indes nicht weiter verfolgen liess, nach der Gegend der nächsten Vene, wahrscheinlich die früher tuberkulös befallene und obliterierte Vene der Drüse. Der Fall rubriziert demnach in letzter Reihe unter die seltenen Fälle der Futterungstuberkulose, ohne dass natürlich für deren allgemeine Bedeutung daraus etwas gefolgert werden könnte. Begünstigt wurde die Infektion des Darmkanals wahrscheinlich durch einen vorhandenen chronischen Magendarmkatarrh.

Von Interesse war in dem Falle auch noch das Verhalten der Genitaltuberkulose. Wie Weigert dargetan hat und in einer demnächst erscheinenden Arbeit aus dem Institut[1]) statistisch belegt werden wird, ist die Prostata sehr häufig hämatogen, ohne Befallensein von Testis und Epididymis tuberkulös erkrankt. Die Prostata gehort, wie Nebenniere, Meningen, Gehirn, zu denjenigen Organen, in welchen offenbar hineingelangtes tuberkulöses Virus verhältnismässig leicht zur Ansiedlung und zur Weiterentwicklung gelangt. Die Bedeutung dieses Faktums ist jedoch für die Therapie deswegen gering, weil die Tuberkel der Prostata in der Regel sich bei Individuen finden, welche einige Zeit darnach an Miliartuberkulose zu Grunde gingen, mithin ebenso wie von der Meningitis oben erwähnt wurde, die Prostatatuberkulose gewissermassen eine häufige

Frühansiedlung bei der Generalisation des tuberkulösen Virus darstellt. In ganz seltenen Fällen ist es denkbar, dass kontinuierlich reaszendierend von einer derart erkrankten Prostata über den Ductus deferens die Epididymis befallen wird; in der Regel aber geht die Tuberkulose des Vas deferens nur ein Stück weit nach aufwärts und der Rest ist entsprechend der Baumgartenschen Anschauung von Tuberkulose frei. Manche Fälle, und so auch der vorliegende, zeigen dementsprechend eine einseitige deszendierende Prostatatuberkulose, ausgehend von der gleichseitigen Epididymis mit kontinuierlicher Affektion des Vas deferens, während auf der anderen Seite die Prostata einen solitären Knoten enthält und die Epididymis mikroskopisch frei von Tuberkulose ist. Im vorliegenden Falle ist die Genitalerkrankung folgendermassen lokalisiert:

Linksseitige deszendierende Tuberkulose von der Epididymis zum linken Prostatalappen, in letzterem nur wenig ausgedehnte Knoten. Hochgradige Tuberkulose beider Samenbläschen und Ductus ejaculatorii (die letzteren durch intaktes Gewebe voneinander getrennt, ebenso die beiden Prostatalappen), an beiden Seiten des Caput gallinaginis submiliare Knötchenaussaat. Haselnussgrosser verkäster Knoten im rechten Prostatalappen (ausser Zusammenhang mit der Tuberkulose des linken Lappens); ungefähr 15 cm weit aufwärtssteigende Tuberkulose des rechtsseitigen Ductus deferens; beide Ampullen gleichfalls hochgradig verkäst.

Für die Prostatatuberkulose kommt übrigens auch noch in Betracht die Möglichkeit, auf welche Simmonds vor einiger Zeit aufmerksam gemacht hat, nämlich dass sie durch Vermittlung der Spermatozystis erfolgt; wie Simmonds zeigte, kann durch die Epididymis ohne grössere Herde passiertes Virus sich in den Samenbläschen ansammeln und vermehren und hier ausgedehnte flächenhafte Erkrankungen hervorbringen; damit ist natürlich auch die Möglichkeit einer so vermittelten Prostatainfektion gegeben. Während diese Möglichkeit im vorliegenden Falle nicht ausgeschlossen ist, trifft man aber häufig auch die Prostataknoten vollkommen isoliert bei intakten Samenbläschen.

2. Zu dem vorigen Falle bildet der zweite in gewissem Sinne ein Gegenstück, indem es sich hier um eine sehr langsam fortschreitende **Allgemeintuberkulose** handelt, welche erst allmählich in Generalisation überging. 34 jährige Frau, normaler Partus im Dezember; seitdem Kränklichkeit, mässiges Fieber, aufgetriebenes Abdomen, Entwicklung eines linksseitigen Abszesses nach der Inguinalgegend zu, welcher eröffnet wurde unter der Annahme, dass es sich um eine Puerperalinfektion und daraus hervorgegangenen parametritischen Abszess handele; perikarditische Erscheinungen; schliesslich Hemiplegie, welche auf eine infektiöse Embolie und Abszess des Gehirns bezogen wurde. Bei der Sektion zeigte sich, dass die linksseitige Inguinalfistel in Käsemassen im linken Douglasschen Raum führte, welche einer hochgradig vorgeschrittenen käsigen Pelveoperitonitis bei Tubentuberkulose angehorten. Die Tuben sind in gewöhnlicher Weise beiderseits hochgradig verkäst, wohl auch hier auf dem Wege der Aussaat über das Abdomen (hämatogene Verschleppung wohl über das Netz, Abfangen in dem von Weigert

---

[1] Dr. G. Koch: Ueber isolierte Prostatatuberkulose. Frankfurter Zeitschr. f. Path., Bd. I, 2. Heft.

sogenannten Schlammfang des Cavum Douglasii. Aspiration des Virus durch den Flimmerstrom der in die Flüssigkeit des Douglas eintauchenden Tuben, Festsetzen im Uterinende und von da aus reaszendierende Tuberkulose des gesamten beiderseitigen Tubenschleimhaut, und weiterhin des übrigen Bauchfelles). Die Bauchfelltuberkulose war wie gewöhnlich, wenn sie von Tubentuberkulose ausgeht, überwiegend grossknotig, teilweise perlsuchtartig — gewöhnlich lässt sich bei der Eröffnung des Abdomens aus dieser Form schon das Vorhandensein von Tubentuberkulose voraussagen —, welche gleichzeitig meist verhältnismässig geringen Erguss und Neigung zu fibröser Obliteration zeigt. Der Darm war vollkommen frei von Tuberkulose.

Als Ursache für die in den letzten Wochen aufgetretene hochgradig unregelmässige Schwäche der Herzaktion nebst Erscheinungen perikardischen Reibens zeigte sich eine hochgradige subchronische käsige und fibröse Perikarditis. Die tuberkulöse Perikarditis geht regelmässig nicht etwa von einer tuberkulösen Pleuritis aus, noch ist sie hämatogen erzeugt, sondern sie entwickelt sich kontinuierlich von fortschreitender käsiger oder miliarer Tuberkulose der dem Perikard benachbarten Lymphdrüsen: insbesondere von den an der Narbe des Ductus Botalli gelegenen, den linksseitigen Lungenhilusdrüsen benachbarten, sowie von den übrigen vorderen oberen mediastinalen Lymphdrüsen; in zweiter Linie von Tuberkulose der Bifurkations- und hinteren mediastinalen Lymphdrüsen aus.

Im vorliegenden Falle zeigten sich die Bifurkations- und vorderen oberen Mediastinaldrüsen von ziemlich hochgradiger, aber subakut fortschreitender (also wohl vom Perikard her sekundärer) Tuberkulose befallen; dagegen war entsprechend geringgradiger alter Tuberkulose des linken Unterlappens und der linksseitigen Hilusdrüsen eine hintere mediastinale Lymphdrüse in der Nähe der Aorta hochgradig verkäst und erweicht, und zwei der Rückfläche des Perikards breit aufliegende, ihr benachbarte kleine Lymphdrüsen erwiesen sich gleichfalls vollkommen käsig umgewandelt. Der Annahme, dass im vorliegenden Falle von ihnen aus die Herzbeuteltuberkulose entstanden sei, entsprach auch die an der Hinterfläche auffällig weiter vorgeschrittene, teilweise schon stark fibrös organisierte Tuberkulose.

Wie bei der im allgemeinen gleichfalls langsam zur Generalisation kommenden Knochentuberkulose und manchen Fällen von wahrscheinlich mitigierter, in Venen eingebrochener käsiger Lymphdrüsentuberkulose, die langsam generalisieren, war auch im vorliegenden Falle in den beiden Lungen nur spärliche Knötchenaussaat vorhanden, wogegen in der Leber reichliche, bis halblinsengrosse käsige, derbe, abgekapselte Knoten sich fanden, in Milz und Niere spärlichere, vollkommen verkäste, bis hanfkorngrosse, derbe Knoten. Auch diese Lokalisation ist häufig charakteristisch. Als Ausgangspunkt liess sich im vorliegenden Falle eine in die Vena iliaca interna durchgewachsene verkäste iliakale Lymphdrüse mit fortgeleitetem obturierendem, käsig-fibrinösem Thrombus auffinden.

Für die Entstehung der Bauchfell- und Tubentuberkulose ist der Fall gleichfalls charakteristisch, da diese sich sehr häufig bei minimaler oder abgeheilter Lungentuberkulose finden, ausgehend von verkäster und erweichter Bronchial- oder Bifurkationsdrüse. Der ungünstige Einfluss des Puerperiums muss offenbar auch in diesem Falle

für das Fortschreiten der Tuberkulose verantwortlich gemacht werden; jedenfalls muss zur Zeit der Konzeption mindestens eine Tube noch vollkommen durchgängig gewesen sein und kann die hochgradige käsige Tuberkulose der Ovarien noch nicht weit vorgeschritten gewesen sein; wahrscheinlich entstand die Genitaltuberkulose erst im Laufe oder nach Ende der Gravidität. Im linken Ovarium fand sich als Ueberrest des Corpus luteum verum eine etwa kirschgrosse, mit der Oberfläche kommunizierende, von käsigen Massen ausgekleidete rundliche Höhle; beide Ovarien waren oberflächlich hochgradig käsig ulzeriert; im Uterus geringere käsige Tuberkulose.

Diskussion: Herr Loewe: Der eben als universale Tuberkulose demonstrierte Fall war intra vitam als Pyämie post partum im Anschluss an manuelle Plazentarlösung aufgefasst worden. Alle Symptome liessen sich auch als pyämisch deuten.

Herr **Hans Hübner: Demonstration eines mit Röntgenstrahlen behandelten Falles von Mycosis fungoides.**

Ausgedehnte flache, nässende Infitrate auf Gesicht, Nacken, Rücken, Brust und Händen eines 34 jährigen Kaufmanns. Die Diagnose Mycosis fungoides konnte auch mikroskopisch durch das Auffinden von spezifischen, sarkomähnlichen Mykosiszellen in dem Infiltrate eines der pilzförmigen Tumoren der Hand erhärtet werden. Heilung der seit 7 Jahren bestehenden Affektion durch kaum einwöchentliche Röntgenbehandlung (wöchentlich einmalige Bestrahlung jeder Stelle mit harter Röhre, 15 cm Abstand, 20—30 Minuten). Die Heilwirkung der Röntgenstrahlen zeigt sich daran, dass zurzeit nur noch die Augenlider erkrankt erscheinen, weil sie zur Schonung der Retinae abgedeckt werden mussten. Die versuchte kombinierte Röntgen-Arsenbehandlung scheiterte an der Idiosynkrasie des Patienten gegen Arsen.

Aehnliche günstige Heilresultate durch die Röntgentherapie bei Mycosis fungoides hat der Vortragende im Lichtinstitut der Hautklinik bereits an 3 früheren Fällen erreichen können, während die 7 vor Einführung der Lichttherapie behandelten Fälle sämtlich ad exitum gekommen sind.

Herr **Emil Fromm: Bericht über die Infektionskrankheiten des letzten Vierteljahres im Stadtkreis Frankfurt a. M.**

Der Vortragende führt an, dass in den letzten 2 Jahren das neue Gesetz über die übertragbaren Krankheiten in Wirkung getreten ist und dass es einige wichtige Aenderungen gegen früher gebracht hat, die der Vortragende genauer angibt. Er bespricht dann einige Infektionskrankheiten und führt an, dass das letzte Vierteljahr gesundheitlich günstig gewesen ist und dass schwere Epidemien nicht aufgetreten sind. Er bespricht dann zunächst die Lepraerkrankung, die seit August 1906 im städt. Krankenhaus sich befindet und die dort geheilt wurde. Nur um eine Entlassung des Erkrankten zu bewirken, musste trotzdem eine Latenz angenommen werden und fand dann im Juni 1907 der Transport nach der rumänischen Grenze unter den gesetzlichen Vorschriftsmassregeln statt.

Pockenerkrankungen traten nicht auf, doch erforderten einige Erkrankungen der Nachbarschaft sanitäre Vorschriftsmassregeln. Typhus wurde 7 mal beobachtet, derselbe war in den meisten Fällen von ausserhalb hier eingeschleppt. Redner bespricht hierbei die

Wichtigkeit der Untersuchung auf Bazillenträger und führt ein Beispiel an, wie durch solche 30 Krankheiten mit 17 Todesfällen aufgetreten sind. Auch bei Genickstarre ist die Untersuchung auf Bazillenträger sehr wichtig. Die 5 in Frankfurt beobachteten Fälle von Genickstarre verliefen alle tödlich und betrafen zumeist Kinder, bei denen sich die Erkrankung im Anschluss an einen Nasenkatarrh eingestellt hatte.

Die Fälle von Trachom, die zur Anzeige kamen, betrafen fast ausschliesslich ostpreussische und polnische Arbeiter. Man konnte bei ihnen nachweisen, dass sie verschiedentlich ihre Arbeitskameraden angesteckt hatten. Scharlach und Diphtherie traten zwar gehäuft auf, doch war hier der Verlauf ein so günstiger, dass die Sterblichkeit 3—4 Proz. betrug. Die Untersuchung auf Diphtheriebazillen im Seruminstitut wird in immer häufigerer Weise angewendet, so dass in etwa zwei Drittel der Fälle ein bakteriologischer Befund vorliegt. Influenza wurde zwar nur vereinzelt beobachtet, doch führte sie besonders bei älteren Leuten zum Tode.

Redner bittet die Aerzte, durch weitere gewissenhafte Ausführung der Anzeigepflicht die Bemühungen der Sanitätsbehörde zu unterstützen.

Diskussion: Herr Cahen-Brach: Bezüglich der Scharlachfälle, die sich in den letzten Monaten entschieden gehäuft haben, sei zu bemerken, wie schwierig sich oft die Diagnose gestalte. Da der sicherste Anhaltspunkt zur Feststellung der Krankheit, der Infektionsträger selbst, nicht bekannt sei, so laufen vermutlich unter dem Begriff Scharlach eine grosse Anzahl Erythemе, die ätiologisch von Scharlach zu trennen sind. Gerade in den letzten 2—3 Monaten sind ihm relativ viele derartige zweifelhafte scharlachähnliche Exantheme zu Gesicht gekommen. Solche vielfach beschriebene Formen (vierte Krankheit, Erythema scarlatiforme recidivum) habe er vornehmlich bei Kindern mit starker Rachenmandelentwicklung beobachtet.

Herr Hanau fragt den Herrn Vortragenden, ob unter den im laufenden Quartal zur polizeilichen Anmeldung gelangten Typhusfällen sich auch solche befinden, welche auf eine Entstehung durch Mainwasser verdächtig sind.

Herr Is. Schmidt fragt danach, ob einzelne Stadtteile besonders befallen waren.

Herr E. Fromm (Schlusswort): Der Vortragende erwidert auf die Anfrage, dass zurzeit Erkrankungen an Typhus im Anschluss an Baden im Main nicht beobachtet wurden, dass dagegen im Vorjahre mehrere solcher Fälle auftraten, die vornehmlich den ungünstigen Abwässerungsverhältnissen der Stadt Offenbach zuzuschreiben sind. Da diese Stadt beabsichtigt, nunmehr genügende Kanalisation einzuführen, dürften die Gefahren des Badens im Main sich verringern.

Was die Frage des Fernhaltens von Schulkindern bei Masern, Keuchhusten usw. angeht, so sind die früheren Bestimmungen durch die neue Gesetzgebung nicht aufgehoben.

Ordentliche Sitzung vom 1. Juli 1907, abends 7 Uhr im grossen Hörsaal der Senckenbergischen Bibliothek.

Vorsitzender: Herr Sippel.
Schriftführer: Herr Seligmann.

Es werden folgende Vereinsbeschlüsse gefasst:

1. Die Versicherungssumme für die Vereinsbibliothek auf 100000 M. zu erhöhen.

2. Den Ueberschuss der Sammlung für das Geschenk an die Senckenbergische Stiftung dem Hoffmannfonds zu überweisen.

Herr **Albrecht** demonstriert 3 Fälle von **Verschluss der Koronararterien:**

a) bei luetischer Aortitis (ca. 35 jähriger Mann) linke Arteria coronaria fast vollkommen verschlossen, mit frischen Gerinnseln an der Abgangsstelle bei oberflächlicher geschwüriger Zerstörung der Plaques der Aorta;

b) fast vollständiger Verschluss der linken Koronararterie durch einengende Verdickung der Aortenwand (kombinierte Aortitis thoracica und Endaortitis deformans bei 60 jähriger kinderloser Frau) vollkommener Verschluss der Abgangsstelle der rechten Arteria coronaria durch Kalkplatten der Aortenwand und Kranzarterien;

c) hochgradige Verengerung der Arteria coronaria sinistra durch in Organisation begriffenen Thrombus an der gewöhnlichen Stelle (Ramus circumflexus ca. 2 cm von der Abgangsstelle entfernt), frischer Verschluss durch abgelöste Grützbreimasse von atheromatösem Geschwür der Kranzarterienwand. Auch hier bestand im Ramus circumflexus dexter, ca. 3 cm von der Abgangsstelle entfernt, fast vollständiger Verschluss durch einen in Organisation begriffenen Thrombus auf einem atheromatösen Geschwür (ca. 40 jährige Frau).

Im ersten Falle bestand disseminierte Schwielenbildung in der ganzen Muskulatur des linken Ventrikels (Narbenherz), offenbar entsprechend der Abreissung der reichlich vorhandenen feinen atheromatösen Auflagerungen auf den oberflächlich erodierten Plaques; im zweiten Falle waren im rechten Ventrikel nur zwei kleine Schwielen in der Hinterwand des linken Ventrikels oberhalb der Spitze, grosse subendokardiale alte Schwiele entlang der Seitenkante, subakute, in

Abheilung begriffene Schwiele in den mittleren, frische Nekrose in den äusseren Wandarterien entlang der linken Kante; kleine Schwielen in der Vorderwand. Im dritten Falle war vor etwa 8 Wochen der letzte schwere stenokardische Anfall eingetreten; der Tod erfolgte ca. 24 Stunden nach einer heftigen Aufregung.

Der Vortragende bespricht im Anschluss daran in Kürze den gegenwärtigen Stand der Frage nach den Ursachen der Herzinsuffizienz, insbesondere bei Klappenfehlern und demonstriert eine verdickte Chorda aberrans des linken Ventrikels, welche dem hinteren Strange des Tawaraschen Reizbündels entsprechend vom Septum zu der Basis des hinteren Papillarmuskels verläuft.

Diskussion: Herr Benario erwähnt, dass auf dem diesjährigen Kongress für innere Medizin Fahr 2 mikroskopische Serienschnittreihen von Degeneration des Hisschen Bündels demonstriert habe. Die Patienten, von denen diese Präparate stammten, haben in vivo das Adams-Stokessche Phänomen gezeigt, so dass aus dem pathologischen Befund auf die physiologische Bedeutung dieses Bündels geschlossen werden kann.

Herr Lüthje: Wenn ich Herrn Prof. Albrecht recht verstanden habe, so hielt er den Beweis für die physiologische Funktion des Hisschen Uebergangsbündels noch nicht erbracht. Ich glaube, dass man die Heringschen Versuche doch als Beweis gelten lassen darf. Hering gelang es, das Uebergangsbündel zu durchschneiden; er sah dann Vorhof und Ventrikel unabhängig voneinander schlagen; die Ueberleitung des Reizes vom Vorhof auf den Ventrikel hatte aufgehört.

Herr **Julius Friedländer** spricht über **habituellen Chloroformmissbrauch,** indem er zunächst aus der Literatur der letzten 50 Jahre die wenigen Fälle zusammenstellt, in denen Chloroform gewohnheitsmässig zur Beseitigung von Schmerzen oder Erzielung von Schlaf inhaliert wurde und sodann über eine eigene Beobachtung berichtet, die sich sowohl durch die ungemein lange Dauer des geübten Abusus auszeichnet, wie auch durch seine eigenartigen Folgen, die nicht, wie sonst in psychischer Alteration bestanden: es handelte sich um eine im allgemeinen gesunde und sehr kräftige Dame, die im Alter von 51 Jahren wegen nervöser Schlaflosigkeit heimlich damit begann, sich durch Einatmung kleiner Mengen von Chloroform mit Aether (ana) zu betäuben und diese Selbstnarkotisierung eingestandenermassen 14 Jahre lang fast allabendlich betrieb. Mit 59 Jahren erlitt sie, ohne irgend ein greifbares ätiologisches Moment, eine rechtsseitige Hirnapoplexie und 6 Jahre später erlag sie einer zweiten schweren Hirnblutung, die die linke Hemisphäre betraf. F. ist geneigt, die den Hämorrhagien zu grunde liegende Arteriosklerose der Gehirngefässe, um so mehr, als sonstige Ursachen dafür bei der sehr rüstigen Frau fehlten, auf den chronischen Chloroformmissbrauch zurückzuführen, indem er einerseits auf die spezifisch toxische Wirkung des Chloroforms (bezw. Aethers) auf das Gehirn hinweist, andererseits seinen zirkulationsschädigenden Einfluss betont, der, ähnlich wie beim Alkohol- und Tabakmissbrauch, die vorzeitige Degeneration der Gefässe begünstigen müsse.

Herr Jac. Meyer: Ein früher Kokainist gewesener Kollege hat Monate lang Chloroform — 1 „Schuss“ auf Maske — in Verbindung

mit Morphium per inj. genommen. Die Folge war stärkste Neurasthenie und Arbeitsunfähigkeit. Heilung durch Ruhe. Exzitation nie beobachtet, dagegen typischer Rauschzustand. Vielleicht steht mit dem Chloroformismus ein chronischer Magenkatarrh in Verbindung.

Herr E. Cohn: **Bericht über den Aerztetag zu Münster.**
Dem anregenden Bericht des Vereinsdelegierten, der sich im wesentlichen mit dem offiziellen Bericht im Vereinsblatt deckt, folgt einstimmiger Beifall der Anwesenden.

Alsdann gedenkt der Vorsitzende in einigen Abschiedsworten angesichts der heutigen letzten Sitzung im alten Bau der langjährigen Tätigkeit des Vereins in diesem Saale.

Ordentliche Sitzung am 19. August 1907, abends 7 Uhr, im Hörsaal der Senckenbergischen Bibliothek, zugleich Eröffnungssitzung im Neubau, Viktoriaallee 9.

Vorsitzender: Herr Sippel.
Schriftführer: Herr Cahen-Brach.

Herr Moritz Schmidt-Metzler: Im Namen der Senckenbergischen Stiftung biete ich dem Aerztlichen Verein in dem neuen Sitzungssaale herzlichen Willkommgruss. Möge der Verein den Geist Senckenbergs mit herüberbringen in diesen neuen Raum. Möge er ausser der wissenschaftlichen Betätigung auch nicht ermüden in der Sorge für die sozialen Verhältnisse des ärztlichen Standes. Ich bitte die Herren, die Räume des Bibliothekgebäudes besichtigen zu wollen, insbesondere die Bibliothek selbst, deren Benützung auch dadurch erleichtert worden ist, dass die entliehenen Bücher dem Entleiher auf Wunsch zugeschickt werden. Für alle Anregungen, die etwaige Mängel betreffen, sind wir dankbar und zur Abstellung derselben bemüht. Ich wünsche dem Aerztlichen Verein ein kräftiges Vivat, crescat, floreat!

Herr Sippel: Meine Herren Kollegen! Die freundlichen Worte der Begrüssung, welche mein hochverehrter Herr Vorredner und Kollege M. Schmidt soeben an den Verein gerichtet hat, verpflichten uns ihm gegenüber und gegenüber der Administration der Dr. Senckenbergischen Stiftung zu ganz besonderem Danke! Die Worte bedeuten mehr, als einen einfachen Akt der Form und der Courtoisie, denn hinter ihnen stehen Leistungen und Verdienste namhafter Art, welche sich die Stiftung um den Aerztlichen Verein erworben hat. Der heutige Tag scheint nur dazu angetan, uns dieser Verdienste zu erinnern. Was schafft uns denn das Heimatrecht in diesem schönen Saale? Wie kommen wir dazu, ohne unser Zutun eine Arbeits- und Versammlungsstätte zu besitzen, wie sie gleich prächtig und gleich umfangreich wohl selten einer privaten ärzt-

lichen Gesellschaft zur Verfügung steht? Ich glaube, dass manch einer von Ihnen sich die Frage heute beim Eintritt in dieses Haus vorgelegt hat.

Als Johann Christian Senckenberg am 18. August 1763 seinen Hauptstiftungsbrief niederschrieb, in welchem er zwei Drittel seines baaren Vermögens von 95 000 Gulden zur Gründung eines „medizinischen Institutes" bestimmte, um, wie er sagte, „der Wissenschaft einen Tempel zu errichten", da vermachte er gleichzeitig sein in der Hasengasse befindliches Wohnhaus „dem sämtlichen Collegio medicorum protestantischer Religion auf immerdar als Eigentum", von vornherein es dem von ihm eingesetzten Verwaltungsrat seiner Gesamtstiftung freistellend, gegebenen Falles im Interesse des Collegium medicorum dieses Haus zu verkaufen und ein anderes an anderer Stelle zu errichten. In § 12 seines Stiftungsbriefes machte er dann folgende weitere spezielle Bestimmungen, die ich im Wortlaut der Urschrift Ihnen vorlese:

„In nur bemeldeter, dem Collegio medico protestantischer Religion bestimmten Behausung hätten sämtliche Medici alle Monate wenigstens ein Mal zusammen zu kommen um gemeinschaftlich zu überlegen was zu besserer Ausübung der Gesundheitspflege und Versorgung armer Kranker erforderlich sein möchte, überhaupt aber ein gutes Vernehmen und Eintracht unter sich zu pflegen, damit der gemeinsame Nutzen durch Misshelligkeit nicht behindert werde."

Diesen in dem eigentlichen Stiftungsbrief stehenden Festsetzungen liess Senckenberg später noch folgende weitere Ausführungen nachfolgen, die ich ebenfalls in den eigenen Worten des Stifters mitteile:

„Das von der Reformation Lutheri her hier bestehende Collegium medicum protestantischer Religion soll zwar allein der Erbe sein und die Stiftung durch das Collegium physicorum administrieren, es können aber reformati et catholici ex permissione collegii hinzugehen, sic et judaei."

Meine Herren! Diese testamentarischen Bestimmungen Senckenbergs sind es, die der Aerzteschaft Frankfurts, dem Collegium medicum, dem Aerztlichen Verein, den Rechtsanspruch darauf geben, in dem Hause Senckenbergs sich zu versammeln und dort Wissenschaft und Kollegialität zu pflegen. Wirkliche Eigentumsrechte besitzen demnach jedoch nur die Protestanten, die Lutheraner, die übrigen — Reformierte, Katholiken, Juden — sind ex permissione des protestantischen Collegium medicum zugelassen. Der Dank für unser Heim gebührt demnach in erster Linie Johann Christian Senckenberg, dem ausgezeichneten Manne und Arzte, der in wahrhaft moderner Denkweise schon damals, in der zweiten

Hälfte des 18. Jahrhunderts, die Mängel und Bedürfnisse der Medizin klaren Blickes erkannte und den Hebel zur Hebung des ärztlichen Standes da ansetzte, wo wir ihn auch heute noch allein in wirkungsvoller Weise anzusetzen vermögen, an der Förderung der Wissenschaft und an der Förderung wahrhafter Kollegialität.

Aber, meine Herren, Senckenberg hinterliess ein Haus, geeignet für die Zusammenkunft einer geringen Anzahl von Aerzten, entsprechend den damaligen Verhältnissen; heute sind wir in einen Hörsaal eingeführt worden, der an Einrichtung und Grösse den Bedürfnissen eines Vereins von weit über 300 Mitgliedern entspricht. Dass dies möglich wurde, das, meine Herren, ist neben vielem anderen das Verdienst der Administration der Senckenbergischen Stiftung und namentlich das Verdienst unseres Herrn Kollegen Schmidt! Es kann nicht meine Aufgabe sein, Ihnen vorzuführen, wie sich im Laufe der Zeit die Stiftung Senckenbergs unter der Leitung ihrer Verwaltung entwickelt hat, wie sie anfangs unter den Verhältnissen der Zeit zu leiden hatte, dann aber immer mehr in den Vordergrund trat, der Mittelpunkt aller naturwissenschaftlichen Bestrebungen unserer Stadt wurde und im Verein mit diesem schliesslich zu jener Höhe des Erfolges gelangte, auf dem wir sie heute stehen sehen. Es ist auch nicht meine Absicht auszuführen, wie seitens der Stiftung dem Aerztlichen Verein im Laufe der Jahre vorgesorgt wurde; wie ihm zunächst der alte Hörsaal des physikalischen Vereins als Heimstätte übergeben wurde; wie er dann, als er grössere Raumbedürfnisse bekam, seit 1867 in dem Hörsaal Heimatsrechte erhielt, den wir bis zu unserer letztverflossenen Sitzung 40 Jahre lang innegehabt haben. Ebenso will ich nicht darauf eingehen, welche besonderen Verdienste sich die Administration der Stiftung und an ihrer Spitze Herr Kollege Schmidt s. Z. um den Aerztlichen Verein dadurch erworben haben, dass sie nach dem Tode Lucaes den Lehrstuhl der normalen Anatomie in einen solchen für pathologische Anatomie umwandelten, entsprechend den veränderten Bedürfnissen der fortgeschrittenen Wissenschaft, und dass sie diesem Lehrstuhl hervorragende Gelehrte zu erwerben verstanden. Eines aber möchte ich mit Nachdruck hier hervorheben: die weitausschauend angelegte, planvoll geleitete und in vorzüglicher Weise ausgeführte Neuanlage der Stiftungsbauten anlässlich der Aufgabe des alten Stiftungsgeländes, wie sich dieselbe in den letzten Jahren vor unseren Augen vollzogen hat. Die Summe von Mühe, Sorge und Arbeit, welche dadurch verbraucht wurde, lässt sich vermuten, aber nicht auch nur annäherungsweise abschätzen. Wir freuen uns der erreichten Erfolge und wir beglückwünschen

die Administration zu ihren erzielten Ergebnissen, unter denen für uns als Verein das wertvollste das ist, welches uns in dem neuen stolzen Bibliotheksbau und in diesem uns heute übergebenen Hörsaal entgegentritt.

Wenn ich also dem ersten Herrn Vorsitzenden der Administration, unserem verehrten Herrn Kollegen M. Schmidt für die Worte, mit denen er uns hier begrüsst hat, namens des Vereins unseren herzlichen und aufrichtigen Dank ausspreche, so bin ich Ihrer allgemeinen Zustimmung sicher, wenn ich diesen Dank ausdehne auf alles das, was die Administration der Dr. Senckenbergischen Stiftung, und voran deren verdienstvoller erster Herr Vorsitzender zum Zustandekommen dieses Werkes in selbstloser Weise geleistet haben. Ich bitte Sie, hochverehrter Herr Kollege, unseren Dank entgegenzunehmen und denselben auch den übrigen Herren der Administration gütigst übermitteln zu wollen!

Meine Herren! Wir haben gesehen, wie im Laufe der Zeit aus dem einfachen Hause Senckenbergs auf der Hasengasse dank der weisen Tätigkeit der Administration der Stiftung, dieses neue, grosse, moderne, ausgedehnten Ansprüchen genügende Haus entstanden ist. Ich freue mich, auf Grund einer persönlichen Mitteilung des Herrn Kollegen Schmidt hinzufügen zu können, dass auch Herr Oberbürgermeister Dr. Adickes und die städtischen Behörden durch ihr förderndes Wohlwollen sehr verdienstvoll dabei mitgewirkt haben und unseren Dank verdienen. Lassen Sie uns nun auch einen kurzen Rückblick darauf tun, in welcher Weise denn das Collegium medicum, die Aerzteschaft Frankfurts, den Anforderungen und Aufgaben gerecht geworden ist, welchen nach des Stifters Wunsch und Bestimmung dasselbe in dem hinterlassenen Hause obliegen sollte. Da sehen wir, wie zunächst die Pläne und Absichten Senckenbergs schlecht erfüllt wurden. Ebenso, wie das medizinische Institut auf lange Zeit hinaus nichts Erhebliches zuwege brachte, sah sich auch das Collegium medicum nur sehr unvollkommen oder gar nicht veranlasst, entsprechend den Anregungen Senckenbergs, zu gemeinsamen, der Wissenschaft und Kollegialität gewidmeten Sitzungen zusammen zu kommen. Anfangs fanden nach dem Tode des Stifters wohl ab und zu Zusammenkünfte statt, bald aber schliefen sie vollständig ein. Bedingt war das wohl zum grossen Teil durch die kriegerischen Ereignisse und die ihnen folgenden politischen Umwälzungen, welche zu Ende des 18. und zu Anfang des 19. Jahrhunderts stattfanden; gewiss aber lag die Schuld auch in ebenso erheblichem Masse daran, dass die medizinische Wissenschaft, soweit von einer solchen damals überhaupt die Rede sein konnte, nur sehr mässige Fort-

schritte machte oder ganz stagnierte. Bei dieser Sachlage konnte auch die Absicht Senckenbergs, durch Aussetzen von jährlich den besten Vorträgen zuzuerkennenden Preisen den wissenschaftlichen Eifer anzuregen, ihren Zweck nicht erreichen. Die uns erhaltenen Vorträge aus jener Zeit sind so minderwertig, dass man es begreift, wenn man dieselben schliesslich überhaupt nicht mehr anhörte. Die Zusammenkünfte schliefen ganz ein und wurden erst im Jahre 1831, 59 Jahre nach Senckenbergs Tode, vorübergehend zu neuem Leben erweckt, als Frankfurt von der Cholera bedroht wurde. Es waren damals von Staats wegen die beiden Aerzte Lorey und Reuss zum Studium dieser Krankheit entsendet worden. Um ihre Berichte über das Ergebnis ihrer Studienreisen entgegenzunehmen, wurde das Collegium medicum zusammenberufen und es fanden Beratungen statt über die Cholera, ihre Verhütung und ihre Behandlung. Mit dem Erlöschen der Krankheit hörten auch die Sitzungen wieder auf, bis im Jahre 1845 der Aerztliche Verein gegründet wurde, und seinerseits das Erbe des alten Collegium medicorum antrat. Das zu jener Zeit erwachende wissenschaftliche Leben in der Heilkunde hatte unter den Aerzten Frankfurts das Bedürfnis nach gegenseitiger Aussprache geweckt und zur Bildung verschiedener sogenannter Kränzchen geführt. Durch Vereinigung mehrerer derselben wurde der Verein ins Leben gerufen. Von da ab fanden dann regelmässige Sitzungen im Sinne Senckenbergs statt, gleichzeitig der Kollegialität und Wissenschaft gewidmet.

Es folgten rasch aufeinander die grossen Fortschritte der Medizin. Bald nach der Gründung des Vereins wurde durch die Einführung der Narkose ein fundamentaler Umschwung in der Chirurgie herbeigeführt. Die nicht lange zuvor durch Skoda und die Wiener Schule erfolgte Einführung der physikalischen Diagnostik ermöglichte bedeutende Fortschritte auf dem Gebiete der inneren Medizin. Männer wie Rokitansky und Virchow schufen die pathologische Anatomie. Ludwig und andere gaben durch die Schaffung und Entwicklung der Physiologie einen tieferen Einblick in die Lebensvorgänge des normalen Organismus. Pettenkofer und seine Mitarbeiter begründeten die wissenschaftliche Hygiene; Semmelweis erkannte die Ursache des Kindbettfiebers und lehrte dessen Verhütung; Lister zog die Nutzanwendung daraus für die Chirurgie. Es folgten Pasteur und Koch mit der ätiologischen Forschung. Als neue Wissenschaft entwickelte sich die Gynäkologie. Die Chirurgie nahm ihren gewaltigen Aufschwung. Dann kam die physiologische Chemie

und zuletzt die Biologie und die experimentelle Pathologie und Therapie mit ihren reichen Ergebnissen und noch reicheren Ausblicken für die Zukunft. Gerade auf dem letzteren Gebiete werden wir von dessen berufenstem Vertreter heute die Reihe der wissenschaftlichen Vorträge in unserem neuen Hörsaal eröffnet sehen.

Nun, m. H., bei einer solchen gewaltigen Entwicklung der Medizin konnte es an wissenschaftlichem Stoffe nicht fehlen. Der Aerztliche Verein ist denn auch all diesen Fortschritten in eifrigen und zahlreichen Verhandlungen gefolgt und hat sie sich und der Allgemeinheit zu Nutzen gemacht. Ich will nur daran erinnern, wie durch die verdienstvolle Initiative der Aerzteschaft, speziell Varrentrapps, Frankfurt eine der ersten Städte war, welche die hygienischen Lehren durch Einführung von Kanalisation und Wasserleitung praktisch in Anwendung brachten und damit unendlichen Segen stiftete. Ich erinnere daran, wie die Lehren von Semmelweis und Lister frühzeitig und kräftig hier zur Anerkennung gebracht wurden, wie die Koch schen Errungenschaften bei der Tuberkulose fast unmittelbar nach seiner berühmten Rede in der Berliner physiologischen Gesellschaft auch dem Frankfurter Verein bekannt gegeben wurden, und wie wir das Glück hatten, mit den so ausserordentlich reichen und fruchtbaren, auf völlig neuen Bahnen gewonnenen Forschungsergebnissen unseres verehrten Herrn Kollegen Ehrlich durch den Autor selbst vertraut gemacht zu werden. Es sind dies nur Stichproben aus dem, was im Verein geleistet wurde, aber sie kennzeichnen das Ganze. Demnach hätten wir also wohl Ursache, mit dem wissenschaftlichen Leben, wie es sich innerhalb des Vereins beim Einzug in dieses Haus vorfindet, in jeder Weise zufrieden zu sein?

M. H., es ist dies eine Gewissensfrage, schwierig zu beantworten, wie alle an die Selbstkritik gestellten Fragen! Wenn ich ehrlich und aufrichtig sein soll, so muss ich sagen: Ja und Nein! Mit Stolz zählen wir die hervorragendsten Männer wissenschaftlicher Forschung zu unseren Mitgliedern, welche uns an den reichen Ergebnissen ihrer Arbeiten und an dem grossen Schatz ihres Wissens teilnehmen lassen. Auf allen Spezialgebieten der angewandten Medizin besitzen wir tüchtige Kollegen, die nicht nur ihr Fach beherrschen und auf der Höhe der Wissenschaft stehen, sondern vielfach auch in selbständiger Arbeit an der Fortentwicklung ihrer Spezialwissenschaft mitwirken und wissenschaftlich nicht nur im Deutschen Reich anerkannt sind. Ich möchte dies besonders betonen, weil unlängst in der Oeffentlichkeit der Ausspruch gefallen ist, dass man aus Gründen der Tüchtigkeit veranlasst gewesen sei,

Aerzte von auswärts zu berufen. Diese Notwendigkeit lag für Frankfurt g a n z g e w i s s n i c h t vor. Unter denjenigen von uns, welche sich der allgemeinen Praxis gewidmet haben, sind zahlreiche Kollegen, die über ein aussergewöhnliches Wissen und reiche Erfahrung verfügen und dabei diagnostischen Scharfblick und therapeutisches Geschick mit präziser Beobachtungsgabe verbinden. Aus allen diesen verschiedenen Kreisen fliesst uns reiches Material zu, zuweilen so reich, dass es nicht vollständig bewältigt werden kann. — Und doch, m. H., wenn wir uns die Sitzungen des Aerztlichen Vereins ansehen, wie sie in der Regel zusammengesetzt sind, so ist es meist ein und derselbe, im Verhältnis zur Gesamtzahl der Mitglieder relativ kleine Kreis, der den wissenschaftlichen Verhandlungen beiwohnt. Es dürfte die Teilnahme und das Interesse schon ein grösseres sein. Man hört dann von den Fernbleibenden zuweilen den Einwand, dass ihnen das wissenschaftliche Niveau des für gewöhnlich im Verein Gebotenen nicht genüge. Nun, m. H., es bleibt ja diesen Anspruchsvollen jederzeit unbenommen, selbst Besseres zu bringen und das Niveau zu heben. Aber abgesehen davon können wir in einem Verein, welcher wie der unsrige zum weit überwiegenden Teil aus Praktikern besteht, denen die grossen Hilfsmittel von Kliniken und Krankenhäusern fehlen und deren Zeit durch das alltägliche Getriebe der Praxis oft übermässig belastet ist, nicht erwarten, dass in den wissenschaftlichen Mitteilungen nur Dinge von welterschütternder Bedeutung oder stets nur neue Dinge gebracht werden. Das Neue ist auch nicht immer das Gute! Die an Stelle eines wirklichen heiligen Forschungstriebes vielfach auftretende Sucht, unter allen Umständen mit etwas Neuem die allgemeine Aufmerksamkeit auf sich zu lenken, schadet mehr als sie nützt, denn sie treibt jene zahlreichen tauben Blüten am Baume unserer Wissenschaft, welche ohne Frucht zu tragen abfallen und das Ansehen schädigen. Eine sachliche gesunde Kritik des Bestehenden ist oft wertvoller und nützlicher als manches Neue. Die Verhandlungen unseres Vereins sollen belehren und anregen, sowohl den Zuhörer wie den Vortragenden, der durch Behandlung seines Gegenstandes zu eingehenderem Studium desselben veranlasst wird. Diesen Zweck erfüllen sie. Ich selbst erinnere mich kaum einer Sitzung, in welcher ich nicht nach der einen oder anderen Seite hin eine Belehrung oder Anregung empfangen hätte. Dabei, m. H., ist natürlich freimütig zuzugeben, dass einzelne Vorträge nach Inhalt und Form besser sein könnten; das hat unser Verein mit allen anderen wissenschaftlichen Gesellschaften gemein. Indessen müssen wir nicht nur damit rechnen,

sondern es ausdrücklich wünschen, dass auch die jüngeren und die weniger geübten Kollegen zu uns sprechen. Es wird eben kein Meister geboren und man muss sich erst im Laufe der Zeit in die Kunst des Vortrages hineinarbeiten. Dass wir aber auch solche Vorträge mit Aufmerksamkeit und Wohlwollen anhören, das, m. H., ist nach meiner Auffassung eine selbstverständliche Forderung dessen, was ich und wohl Sie alle als kollegial bezeichnen.

Nirgends im Leben gilt der Satz mehr als in der medizinischen Wissenschaft: Qui non progreditur regreditur. Das gilt ebenso für die Verhandlungen in unserem Verein. Es muss unser Streben sein, darauf hinzuwirken, dass der Wert derselben fortgesetzt erhöht wird. Eine gute Hilfe in dieser Richtung gibt ohne Zweifel die seit einiger Zeit eingeführte Veröffentlichung: sie regt den Vortragenden zur Selbstzucht an; eine weitere Hilfe haben wir in der Festlegung der zeitlichen Ausdehnung für die gewöhnlichen Vorträge: auch hierdurch wird erzieherisch gewirkt, indem zu einer kurzen, präzisen Ausdrucksweise gedrängt wird, zum Nutzen des Vortragenden, der sich dadurch ein aufmerksames Publikum sichert, und zum Nutzen der Hörer, deren Zeit nicht unnötig in Anspruch genommen wird. Eine ganz besondere Förderung des Wertes unserer Verhandlungen würde ich geneigt sein darin zu erblicken, wenn es gelänge, der Diskussion einen breiteren Raum zu schaffen als seither der Fall war. Ich persönlich habe die mangelnde oder wenig ausgiebige Diskussion oft als einen erheblichen Fehler empfunden, denn sie ist es, welche, ob zustimmend oder ablehnend, dem vorgetragenen Gegenstand oft erst seine Bedeutung zu geben vermag. Wir müssen uns dabei natürlich klar darüber sein, dass die Bekämpfung einer wissenschaftlichen Ansicht nichts Persönliches hat und dass Diskussion nicht Unterhaltung bedeutet, sondern ernste sachliche Erörterung. Wenn ein Vortragender weiss, dass das, was er sagen wird, eine genaue und sachliche Kritik finden wird, so wird er in der Abwägung und Fassung seiner Mitteilungen viel sorgfältiger und vorsichtiger zu Werke gehen, als wenn er annehmen muss, dass sein Vortrag einfach ad referendum genommen wird. Umgekehrt werden die Zuhörer, welche sich an der Diskussion beteiligen wollen, nicht nur dem Vortrage weit aufmerksamer folgen, sondern sie werden sich auch mit ihren eigenen Gedanken und Ueberlegungen weit mehr in den zur Erörterung stehenden Gegenstand vertiefen müssen, als dies sonst gemeinhin zu geschehen pflegt. Ich möchte also wünschen, das es möglich wäre, in Zukunft bei unseren Verhandlungen die Diskussion mehr in den Vordergrund treten zu lassen, als dies seither der Fall war, denn sie gibt durch

gleichmässige Erörterung von Licht und Schatten häufig erst ein genaues Bild des fraglichen Gegenstandes.

M. H.! Der ärztliche Verein beginnt mit dem heutigen Tage einen neuen Abschnitt seiner Tätigkeit, wenigstens soweit seine äusseren Verhältnisse in Betracht kommen. Es ist ihm Raum geschaffen sich auszudehnen, entsprechend der ständig wachsenden Mitgliederzahl; es sind ihm aber auch in ihm selbst so günstige Vorbedingungen gegeben zur Entfaltung geistigen und wissenschaftlichen Lebens, dass ich dem Wunsch und der Hoffnung Ausdruck geben möchte, dass auch hierfür mit dem heutigen Tage ein Abschnitt weiteren Aufschwunges und weiterer Entwicklung beginnen möchte. Die deutsche Aerzteschaft hat in letzter Zeit einen Kampf um die wirtschaftliche Existenz zu führen gehabt, ungern nur und gezwungen von aussen. Dieser Kampf musste sein im Interesse des ärztlichen Standes, denn auch der Arzt kann nicht allein von Idealen leben. Unendlich viel wichtiger aber, m. H., für die Interessen und das Ansehen unseres Standes als das Streben nach möglichst ausgiebiger Belohnung unserer Leistungen ist ein anderes Streben: nämlich das Streben, durch stete Arbeit und eifriges Studium unsere Leistungen selbst fort und fort wertvoller zu gestalten. Denn nur auf diesem Wege erreichen wir zugleich die eigene innere Befriedigung und die Anerkennung der Allgemeinheit. Möge es uns vergönnt sein, im neuen Hause diesem vornehmen Ziele in kollegialem Zusammenarbeiten erfolgreich nachzustreben!

Mit diesem Wunsche habe ich die Ehre, Sie als Ihr derzeitiger Vorsitzender bei Ihrer ersten Tagung in diesen schönen Räumen zu begrüssen und willkommen zu heissen!

Es folgt sodann der Vortrag des Herrn **Ehrlich: Distributive Therapie und Gewebsaffinitäten.** (Der Text ist nicht eingegangen. Anm. des I. Schriftführers.)

Ordentliche Sitzung am 2. September 1907, abends 7 Uhr, im Hörsaal der Senckenbergischen Bibliothek.

Vorsitzender: Herr Sippel.
Schriftführer: Herr Seligmann.

Protokollverlesung.

Herr **Albrecht: Demonstrationen** aus dem pathologischen Institut.

Diskussion: Herr Baerwald: M. H.! Die Ihnen eben von Herrn Albrecht gezeigten beiden kleinfaustgrossen Ovarialtumoren habe ich heute per laparotomiam bei einer 47jährigen Patientin entfernt. Die Geschwülste hatten erhebliche Schmerzen verursacht; bei der Palpation liessen die höckerigen derben Tumoren in Verbindung mit dem subikterischen Aussehen der Patientin den Verdacht aufkommen, es könnte sich um maligne Tumoren, um Adenokarzinome, handeln. Die mikroskopische Untersuchung hat jedoch bis jetzt dafür keinen Anhalt geboten, sondern hat die Tumoren als papilläre Kystadenome klassifiziert. Die Entfernung gerade der höckerigen Ovarialtumoren ist absolut indiziert, sobald sie festgestellt werden, denn die papillären Adenome gehen oft in Adenokarzinome über. Die Operation selbst verlief schnell, so dass in derselben Sitzung, nachdem noch der Uterus ventrofixiert war, eine ausgedehnte Scheiden-Damm-Plastik zur Beseitigung eines Vaginalprolapses gemacht werden konnte.

Herr **Ludwig Rehn: Ueber maligne Kiefer- und Gesichtstumoren.**

Vortragender geht einleitend von der Tatsache aus, dass nur wenige eingehende und über längere Beobachtungsdauer berichtende Statistiken über Kiefer- und Gesichtskarzinome existieren und dass dieser sichtliche Mangel zu der Ansicht geführt hat, die operative Prognose quoad Dauerheilung sei eine absolut traurige. Allerdings ist das Wachstum der epithelialen Kiefer- und Gesichtskrebse ein sehr stürmisches, der Kräfteverfall ein schneller, das Leiden selbst eine Quelle heftigster neuralgischer Schmerzen und qualvoller anderer Beschwerden. Viele Autoren sahen ihre sämtlichen Fälle an Rezidiv erkran-

ken, die meist schon innerhalb des ersten Jahres eintraten. Diese Beobachtung fordert zu kühnem, ja rigorosem Handeln auf. Der furchtbare Charakter der Erkrankung rechtfertigt den Eingriff selbst bei weiter, über eine ganze Gesichtshälfte sich erstreckender Verbreitung. So hat Rehn im Jahre 1897 den Proc. alveolaris des rechten Oberkiefers bei einem 59 jährigen Mann entfernt. Ein Jahr darauf trat ein gleichseitiges, im folgenden Jahr ein linksseitiges Rezidiv auf. Beiderseitige totale Oberkieferresektion brachten bis heute, wo der Mann demonstriert wird, Dauerheilung. Ein zur Zeit der Operation 17 jähriger Mann mit kleinzelligem Sarkom des linken Oberkiefers, ist gleichfalls kraft der sehr energischen Therapie seit 7 Jahren rezidivfrei. Einem 55 jährigen Kranken wurden 1905 der linke, karzinomatös erkrankte Oberkiefer, das Jochbein und Wange, Bulbus mit Augenlidern entfernt, der grosse Defekt durch eine Plastik aus der Stirnhaut gedeckt. Ein Rezidiv ist bisher ausgeblieben. Die gleiche Operation wurde bei einer 45 jährigen Frau ausgeführt, die 1½ Jahre post operationem an Hirnhautmetastasen zugrunde ging. Bei einer vorgestellten Patientin forderte die Ausdehnung der Neubildung Beseitigung des Auges, des knöchernen Nasenskelettes, Eröffnung und Pacquelinisierung sämtlicher Nebenhöhlen. Der enorme Defekt wurde durch Plastik nach einigen Wochen gedeckt. Prinzipiell sind Kiefer-, Stirn-, Keilbein- und Siebbeinhöhlen auszuräumen. Sämtliche Fälle werden durch instruktive photographische Aufnahmen vor und nach der Operation und die dazugehörigen pathologisch-anatomischen Präparate illustriert. Rehn schliesst mit dem Ausblick, dass eine systematisch durchgeführte Beobachtung der operierten Kranken noch ungeahnte Dauerresultate zeitigen wird.

Diskussion: Herr Vohsen: Die soeben vorgestellten Patienten mit den kolossalen Defekten legen den Wunsch nahe, den auch die Gynäkologen so laut äussern, es möchten die Diagnosen auf Karzinom frühzeitiger gestellt werden. Es ist gerade bei den Prädilektionsstellen für Karzinom der Nase in Kieferhöhle und Siebbein leicht möglich, Stücke zur Untersuchung zu gewinnen. Bei Anbohrung der Kieferhöhle vom unteren Nasengang liefert die Trephine mit dem Bohrkern ein Stück Schleimhaut. Auch die Endoskopie der Höhle ist dringend zu empfehlen.

Herr **Vohsen:** Demonstration von: **F. Perez, Oreille et Encéphale,** ein in Buenos Aires erschienenes Prachtwerk mit teilweise vergrösserten Photographien von plastischer Wirkung. Alle für den Chirurgen wichtigen Verhältnisse sind im Text, in Schnitten und Präparaten trefflich dargestellt.

Herr **Seligmann: Demonstration von Serien mikroskopischer Felsenbeindurchschnitte am Epidiaskop.**

1. Fibrosarkom des Akustikus. Makroskopischer Befund: Ueberwalnussgrosser Tumor, aus dem linken Kleinhirn hervorwachsend,

drückt nach vorn auf Trigeminus, Fazialis und Akustikus, den er umwachsen hat und dem er in das Felsenbein folgt. Er ist kleinhockrig, grauweiss, hängt mit dem Pons nicht zusammen; die hinter dem Akustikus liegenden Nerven sind frei, nur etwas komprimiert. Mikroskopisch: Der innere Gehörgang ist erweitert, die Wand arrodiert, darin liegen Tumor und Nerv nebeneinander, der N. acusticus ist bis auf einen schmalen Strang atrophisch und an die Wand gedrückt. Nach dem Vorhof zu wächst der Tumor in die Lamina cribrosa hinein, wo der Ramus vestibularis N. acustici völlig in ihn aufgegangen ist. Der Fazialis zeigt noch viel intakte Nervenfasern. Das Gangliom spirale ist besonders in der basalen Windung atrophisch, das Corti sche Organ in allen Windungen total atrophiert. Die Reissner sche Membran fehlt völlig. Ueberall im Labyrinth seröse Exsudation als Folge der Stauung. Gestaltsveränderungen der Vorhofsäckchen sind nicht vorhanden, Mittelohr und Gehörgang normal.

2. Schädelfraktur: Frakturverlauf im Felsenbein. Mikroskopischer Befund. Die Fraktur verläuft zwischen Pauke, Aditus und Tensor tympani einerseits, Schnecke und Bogengängen andererseits. Im Ramus cochlearis und vestibularis N. acustici starke Blutungen, die den Akustikus völlig der Quere nach durchsetzen. Blutung in der Pauke. Trommelfell und Ossikula intakt. Vortr. weist auf die gewaltige Verletzung des schallempfindenden Apparates hin, die im Ueberlebensfall zweifellos völlige Taubheit hervorgerufen hätte.

3. Dehiszenz am Boden der Pauke in der Nische zum runden Fenster, welche die anliegende Venenwand des Bulbus v. jugularis in grosser Ausdehnung in die mit Eiter erfüllte Pauke hineinragend zeigt.

4. Missbildung beider Gehörorgane bei einem Anenzephalus. Beide Gehörorgane zeigen eine völlige Atresie des äusseren Gehörgangs und Mikrotie erheblichsten Grades. In dem einen Ohr ist das innere Ende des Gehörgangs ausgebildet, Trommelfell erhalten, dagegen fehlen Hammer, Amboss und Stapes; die Pauke ist durch Septen membranösen und knöchernen Charakters in unregelmässige Hohlen zerlegt. Im anderen Ohr ist kein Trommelfell übrig geblieben, die Pauke ist auf ein Minimum reduziert, in derselben deutet nur ein kleiner rundlicher Körper (Hammerkopf?) und daneben ein kleines Muskelbündel (Tensor tympani?) auf deren Inhalt. Vielfache Dehiszenzen im Knochen zwischen Paukenhöhle und Canalis caroticus. Schnecke normal, Bogengänge unregelmässig verlaufend. Fenestra rotunda beiderseits erhalten. Fenestra ovalis verknöchert.

5. Felsenbein eines Phthisikers, der einige Tage vor seinem Tode schwerhörig geworden war. Mikroskopischer Befund: Kellerraum der Paukenhöhle von einem serösen Exsudat erfüllt, das das Ostium tympanicum tubae abschliesst. Nervus acusticus normal.

Ausserordentliche Sitzung am 9. Sept. 1907, abends 7 Uhr, im Hörsaal der Senckenbergischen Bibliothek.

Vorsitzender: Herr Sippel.
Schriftführer: Herr Seligmann.

Protokollverlesung.

Vorschlag des Gesamtvorstandes: Erlass einer Bekanntmachung betr. Erhöhung der Honorarsätze.

Herr Jul. Schmidt hat an den Vorstand ein Schreiben gerichtet, worin der Erlass einer solchen Bekanntmachung angeregt und auf die beigelegte Annonce der Aerzte zu Mainz verwiesen wird. Nach eingehender Diskussion wird ein Antrag des Herrn Eiermann, der eine häufige Wiederholung der Bekanntmachung, ein Verpflichtungsschreiben auf Einhaltung bestimmter Sätze und Aushang letzterer im Wartezimmer verlangt, abgelehnt und der dreimalige Erlass folgender Bekanntmachung in den hervorragendsten Zeitungen der Stadt beschlossen, sowie eine redaktionelle Notiz zum Hinweis auf die im Annoncenteil erscheinende Bekanntmachung den Zeitungen als Wunsch des Vereins beigefügt, wie folgt:

a) Bekanntmachung.

Aerztlicher Verein Frankfurt a. M.

Der Aerztliche Verein zu Frankfurt a. M. gibt folgendes bekannt:

Die bisherigen Honorarsätze in der Privatpraxis erfahren eine angemessene Erhöhung entsprechend den gesteigerten Ansprüchen der Lebensführung und in Uebereinstimmung mit dem Vorgehen der ärztlichen Vereine in anderen grossen Städten.

Telephonische Konsultationen werden berechnet wie Konsultationen in der Sprechstunde.

Für die Nachtbesuche in der Zeit von 9 Uhr abends bis 7 Uhr morgens, sowie für solche Besuche, welche am Tage auf Verlangen des Kranken oder seiner Angehörigen sofort oder zu einer bestimmten Stunde gemacht werden, sieht die Gebührenordnung erhöhte Sätze vor.

Erhöhte Sätze sollen ferner eintreten für Besuche und Konsultationen, welche an Sonn- und Feiertag Nachmittagen verlangt werden

Bei jeder Erkrankung wird die erste Untersuchung doppelt berechnet.

Werden mehrere zu einer Familie gehörende und in derselben Wohnung befindliche Kranke bei einem Besuche des Arztes behandelt, so wird für eine Person ein Besuch, für jede weitere die Hälfte der Besuchsgebühr berechnet.

b) Redaktionelle Notiz:

Wie aus dem Annoncenteil ersichtlich, hat der hiesige ärztliche Verein nach dem Beispiele anderer Vereinigungen in Grossstädten in

seiner letzten Sitzung den Beschluss gefasst, eine zeitgemässe Erhöhung der Honorare in der Privatpraxis — sowohl für Beratungen in der Sprechstunde, Besuche im Hause des Kranken, als auch für spezialärztliche Bemühungen — eintreten zu lassen.

Insbesondere hat der Verein es für nötig gehalten, höhere Sätze für ärztliche Inanspruchnahme ausserhalb der üblichen Tageseinteilung aufzustellen, d. h. für Beratungen ausserhalb der Sprechstunde und für solche Besuche, die von den Patienten sofort oder zu einer bestimmten Stunde des Tages oder nach morgens 9 Uhr und nach Schluss der Nachmittagssprechstunde verlangt werden. Die immer mehr sich ausdehnende Grossstadt und die dadurch geschaffenen grosseren Entfernungen lassen es wohl begründet erscheinen, dass solche ausser der täglichen „Besuchstour" gewünschte Besuche ihres für sie erforderlichen Zeitaufwandes wegen auch höher angerechnet werden. Die tägliche Erfahrung lehrt überdies, dass nur ein verschwindender Bruchteil dieser Extrabesuche in dem Zustand des Erkrankten eine wirkliche Begründung findet, und dass durch eine solche unnötige Aenderung der Besuchseinteilung des Arztes andere Kranke hintanstehen müssen. Die rechtzeitige Anmeldung von gewünschten Besuchen, auch wenn sie nicht dringend sind, liegt also im Interesse einer geordneten Versorgung der Kranken.

Bestellungen und Beratungen an Sonn- und Feiertagen, besonders Besuche am Sonntag Nachmittag — selbstverständlich von plötzlichen Erkrankungen abgesehen — nach Möglichkeit zu umgehen, ist ein berechtigter und sicherlich dem Publikum einleuchtender Wunsch der Aerzte.

Ersuchen des Verbandes für freie Arztwahl betr. die Einführung der freien Arztwahl in der Armenpflege.

Die Kommission der vereinigten Krankenkassen unterstützt vom Aerzteverband wünschen die Einführung der freien Arztwahl in der Armenpflege und sucht der Verband hiezu die Unterstützung des Vereins nach. Es wird beschlossen, dass sich der Verein den Wunsch des Aerzteverbandes zu eigen macht und mit den Motiven der Stadtverordnetenversammlung zugehen lässt. Herr Kirchheim übernimmt persönlich die Uebermittelung.

Bitte des Aerzteverbands, die bevorstehende Eröffnung des Neubaus des katholischen Krankenhauses betr. Der Verband ersucht um einen Vereinsbeschluss, die Einführung der freien Arztwahl in der III. Klasse dieses Krankenhauses bei der Verwaltung nachzusuchen. Der Antrag des Herrn Eiermann, in diesem Sinne bei der Verwaltung vorstellig zu werden, wird mit 20 gegen 11 Stimmen angenommen. Ein im Laufe der Diskussion eingegangener Antrag des Herrn Heyder: Der Aerztliche Verein beschliesst, den Aerzteverbandsvorstand zu ersuchen, mit allen Mitteln dahin zu wirken, dass möglichst bald seitens der städtischen Krankenanstalten versuchsweise 2 Säle zur Verfügung gestellt werden, in welchen Kranke III. Klasse nach dem System der freien Arztwahl durch die Aerzte ihres Vertrauens behandelt werden können, wird als Material dem Aerzteverband überwiesen.

Ordentliche Sitzung am 16. September 1907, abends 7 Uhr, im Hörsaal der Senckenbergischen Bibliothek.

Vorsitzender: Herr Sippel.
Schriftführer: Herr Seligmann.

Protokollverlesung.

Herr Bolt: **Demonstrationen aus dem pathologischen Institut.**

1. Erbsengrosser verkäster **Tuberkel**, aus der linken Vena pulmonalis in den linken Vorhof hineingewachsen. Der Vene anliegend eine verkäste tuberkulöse Drüse. Subakute Miliartuberkulose. 3 jähr. Knabe.

2. Ulzeröses medulläres **Karzinom des Magens**, über den grössten Teil des Magens ausgedehnt, wahrscheinlich von der kleinen Kurvatur ausgehend, perforiert in das Colon transversum. Etwa 60 jähriger Mann.

3. **Doppelkarzinom.**

a) Karzinom der Prostata, hineingewachsen in die linke Vena hypogastrica. Histologisch Carcinoma solidum. Metastasen in mehreren Wirbelkörpern.

b) Medulläres, z. T. papilliferes Karzinom der kleinen Kurvatur des Magens. Mikroskopisch Adenokarzinom mit Papillenbildung. Metastasen in den Drüsen an der kleinen Kurvatur des Magens. Gleichzeitig Myom des Magens unterhalb der Kardia und Polyposis des Dickdarms. Der verschiedene histologische Bau der beiden Karzinome beweist ihre primäre Natur. Das gleichzeitige Vorkommen gutartiger Tumoren lässt daran denken, dass sämtliche gefundene Tumoren in einer entfernten Beziehung zu einander stehen könnten, insofern als sie durch die gleichen ätiologischen Momente bedingt sind: eine den Neubildungen zu grunde liegende Entwicklungsstörung.

4. Sekundäres, kindskopfgrosses, doppelseitiges **Ovarialkarzinom** bei Skirrhus der kleinen Kurvatur des Magens. Peritonitis carcinomatosa, besonders ausgedehnt im hinteren Douglas. Histologisch Aehnlichkeit mit den von Krukenberg als Fibrosarkom ovarii mucocellulare carcinomatodes beschriebenen Tumoren. Etwa 50 jähr. Frau.

5. Apfelgrosses **Melanom** von der Schweifrute eines 16—17 jähr. Schimmels. Histologisch: bindegewebsreiches, spindelzelliges Melanosarkom.

6. **Chromatophoroma durae matris spinalis.** 51 jähr. Maschinist. Der Tumor liegt an der hinteren äusseren Fläche der Dura spinalis entsprechend dem 8.—11. Brustwirbel, erreicht eine Breite von 1,5 cm und eine Dicke von 9 mm, ist von ziemlich derber Konsistenz. Sekundäre Kompressionsmyelitis. Pigmentablagerung in Leber und Milz. Keine Tumormetastasen. Histologisch Sarkomstruktur mit stellenweise mantelartiger Anordnung der vorwiegend spindeligen Zellen um die Gefässe. Die ersten Erscheinungen 1¼ Jahr vor dem Tode. Wahrscheinliche Entstehungsursache: Durch Entwicklungsstörung bedingte Verlagerung von prallem Keimgewebe mit Chromatophoren in die Dura spinalis. Wachstum des verlagerten Gewebes. (Näheres siehe Frankfurter Zeitschrift, Bd. 1, Heft 2, 1907.)

Diskussion: Herr Sippel: Diese doppelseitigen soliden Ovarialkarzinome haben früher mit Rücksicht auf ihren histologischen Bau den Gynäkologen bezüglich ihrer Genese viel Kopfzerbrechen gemacht. Namentlich Krukenberg, nach welchem sie als „Krukenbergische Tumoren" genannt wurden, hat darüber gearbeitet. Klärung wurde durch Schlagenhaufer gebracht, welcher ihren Zusammenhang mit skirrhösem Magenkarzinom betonte und ihre Entstehung in dem von Herrn Boit ausgeführten Zusammenhang hervorhob. Durch neuere Arbeiten (Polano) ist nur eine Erklärung angebahnt, weshalb diese Implantationsmetastasen gerade die Ovarien befallen und nicht auch andere Organe im unteren Bauchabschnitt. Polano nimmt eine bestimmte biologische Wechselwirkung zwischen Karzinomzelle und Keimepithel an, durch welche der ersteren das Eindringen durch das letztere hindurch ermöglicht werde.

Herr **Ewald: Stoffwechselstörungen als Grundlage von Psychosen.** (Vergl. Ewald: Stoffwechselpsychosen. Würzburg, Kabitzsch, 1907.)

Die moderne Psychiatrie begnügt sich im Gegensatz zu den anderen Disziplinen der Medizin mit Ergründung der Symptomenbilder auf psychologischer Basis. In der Erforschung der Ursachen der Geisteskrankheiten ist bisher wenig getan. Hierfür ist man zunächst auf das Tierexperiment angewiesen, das allerdings nur elementare Veränderungen der Psyche berücksichtigen kann. Verwertbar sind die Erscheinungen des Winterschlafs und der Versuche an Stickstofffröschen, die dartun, dass mit einer Herabsetzung des Sauerstoffgaswechsels Zustände verbunden sind, die zu einer Herabsetzung aller höheren geistigen Funktionen führen bei Erhaltensein der vegetativen. Gewisse Stuporzustände beim Menschen lassen sich hierzu in Parallele stellen. Die theoretische Betrachtung ergibt, dass bei pathologischer Herabsetzung des Sauerstoffgaswechsels im menschlichen Organismus geistige Anomalien resultieren müssen, die durch Verlangsamung der Ideenassoziationen und motorische Hemmung charakterisiert sind, bei pathologischer Vermehrung des Sauerstoffgaswechsels solche mit Beschleunigung des Gedankenablaufs und motorischer Ungebundenheit. Wenn man die Bildung von Autotoxinen im Körper annimmt, die auf den Sauerstoffgaswechsel Bezug haben, und die unter normalen Verhältnissen abgebaut werden, so muss bei Versagen dieser Schutzvorrichtungen unter Anwendung der Ehrlichschen Seitenkettentheorie eine psychische Anomalie mit

abwechselnd positiven und negativen Phasen entstehen, eine zirkuläre Form von Irresein. Bei Anwendung von Untersuchungsmethoden, die vorzugsweise für exogene Psychosen geeignet erscheinen, ergab sich, dass bei verschiedenen Formen von Alkoholvergiftung, Epilepsie und bei Paralyse schwere Störungen in der Alkaleszenz, dem spezifischen Gewicht und der spezifischen Sauerstoffkapazität des Blutes bestehen, die als Folgeerscheinungen des gestörten Sauerstoffgaswechsels anzunehmen sind. Deduktion und Induktion führen somit zu demselben Resultat, dass gewisse Geisteskrankheiten Folgezustände von Anomalien des Sauerstoffgaswechsels sind.

Diskussion: Herr Blum: Der Herr Vortragende hat gesagt, es sei bisher noch nicht gelungen, Geisteskrankheiten bei Tieren zu erzeugen; ich habe aber im Jahre 1902 über „Geisteskrankheiten im Gefolge von experimentell erzeugten Autointoxikationen: Psychosen thyreopriver Hunde"[1]) berichten können und habe auch in der Folgezeit bei meinen Studien über die Schilddrüse noch manches psychisch erkrankte Tier zu beobachten Gelegenheit gehabt.

Entfernt man Hunden, die längere Zeit fleischlos ernährt worden sind, die Schilddrüsen, so überlebt eine gewisse Anzahl der Tiere den Eingriff und bietet ohne oder nach vorausgegangener Tetanie das Bild vollkommener Gesundheit. Füttert man diese Tiere dann einschleichend mit Fleisch, so erkrankt ein nicht unbeträchtlicher Teil unter schweren psychischen Störungen: Halluzinationen, Charakterveränderungen, Stupor, krankhafte Bewegungsphänomene treten in ausserordentlich sinnfälliger Weise auf.

Es liegen hier also Geisteskrankheiten vor, die durch eine gewissermassen normale Autointoxikation nach Wegnahme des entgiftenden Organes hervorgerufen werden sind.

Meiner Ueberzeugung nach ist in diesen Beobachtungen ein Beleg dafür gegeben, dass aus der Erkrankung von entgiftenden Organen im Körper Geisteskrankheiten entstehen können. Die psychiatrische Forschung möge diesen verheissungsvollen Weg weiter beschreiten!

Herr Laquer: Zur Frage der „Psychosen" bei Tieren, die Ewald ablehnt, macht L. darauf aufmerksam, dass Nissl auf der Badener Wanderversammlung vor Jahren die typische Krankengeschichte und die charakteristischen anatomischen Hirnveränderungen eines „Paralytischen Hundes" beschrieben, dass ferner Drexler-Prag interessante Studien über Hysterie bei Tieren veröffentlicht hat.

Herr Hirsch: 1. Wenn dauernde Sauerstoffnot des Organismus Psychosen bewirkt, warum entstehen solche nicht bei Zuständen chronischer Zyanose?

2. Je nach dem Grade des chronischen O-Mangels sollen Stupor oder Melancholie auftreten. Psychomotorische Hemmung und Verstimmung sind aber doch qualitativ ganz verschiedene Zustände, die, wie die klinische Erfahrung lehrt, völlig unabhängig voneinander angetroffen werden können. Ja, es kann sich sogar Stupor mit Erregung verbinden (manischer Stupor); während nach der Theorie des Vortragenden Erregung doch ein Zeichen von Sauerstoffüberfluss im Organismus sein soll.

---

[1]) Neurol. Zentralbl. 1902, No. 15.

3. Kann die O-Verarmung, die Vortragender bei Stuporösen gefunden hat, nicht eine Folge der fast absoluten motorischen Ruhe solcher Kranker sein und der durch diese Bewegungslosigkeit bedingten Herabsetzung des O-Bedürfnisses?

Herr Tecklenburg: Eine Verwirklichung des Experimentes, die unter dem Einflusse eines negativ beeinflussten Sauerstoffgasstoffwechsels entstehende Funktionsänderung der Psyche zu studieren, findet sich gelegentlich in klinischer Beobachtung. Es handelt sich um jene Fälle ganz akuter Myokarditis, bei denen es plötzlich zum Erlahmen der Herzkraft und einer Behinderung des Sauerstoffgasstoffwechsels kommt; wenn man selbstverständlich vor Infektionen, Intoxikationen, Autointoxikationen absieht, unter deren Einflüsse die Veränderung der Psyche auf anderem Boden sich abspielt, so ergibt die oben erwähnte lediglich durch die akut erlahmende Herzkraft bedingte Beeinflussung, ein anderes Bild. Es kommt durch die herabgesetzte Sauerstoffzufuhr zu akutem Verwirrtsein, zu Delirien, für die die Bezeichnung Kohlensäuredelirien am Platze ist.

Herr Ewald (Schlusswort): Die Untersuchungen über Staupeencephalitis bei Tieren und die psychischen Anomalien bei thyreoidektomierten Tieren, die mit dem Myxödem und Kretinismus des Menschen in Vergleich gesetzt sind, haben eine wesentliche Bereicherung unserer Kenntnisse gebracht. Bei der psychischen Veränderung der Tiere, die durch Störungen des Sauerstoffgaswechsels entsteht, handelt es sich aber um eine parallel gehende Erscheinung zwischen der Intensität des Sauerstoffgaswechsels und der Intensität der psychischen Reaktionen, um Ursache und Wirkung. Sie können somit in ganz anderer Weise für die Erkenntnis der Psychosen verwertet werden. Aus theoretischen Erwägungen abzuleiten, ob es sich bei der negativen Phase einer Sauerstoffautointoxikationspsychose um Melancholie oder Stupor handelt, erscheint zu schwierig, erst die bewiesene Differenz vorhandener Störungen kann hier Aufschlüsse geben. Die Zyanose bei inkompensierten Herzfehlern kann natürlich keine Psychose hervorrufen, da hier genügender Ausgleich durch die blutbildenden Elemente geschaffen wird und ausserdem auch im Venenblut ein ansehnlicher Sauerstoffvorrat stets vorhanden ist. Die beobachtete Herabsetzung der O-Sp. im Blute bei einem epileptischen Stupor kann nicht als Folgeerscheinung der herabgesetzten Bewegung aufgefasst werden; denn diese würde bei der kurzen Zeit, seit der der Stupor bestand, nicht eine Verminderung oder chemische Veränderung des Hämochroms im Blute hervorrufen können.

Herr **Sippel: Ueber die klinische Bedeutung der Rückwärtslagerung des Gebärmutterkörpers.**

Der Vortragende sucht an der Hand bestimmter Fälle den Zusammenhang lokaler und allgemeiner (nervöser) Beschwerden mit der Lageveränderung nachzuweisen und die Allgemeingültigkeit des Satzes von Vedeler zu widerlegen, nach welchem die Retroflexio zwar ein anatomisch-physiologisches Interesse, aber keine anatomisch-pathologische Bedeutung habe. (Der Vortrag erscheint in der Monatsschr. f. Geburtsh. 1907, Bd. II.)

Ordentliche Sitzung vom 7. Oktober 1907 abends 7 Uhr im Hörsaale der Senckenbergschen Bibliothek.

Vorsitzender: Herr Sippel.
Schriftführer: Herr Seligmann.

Protokollverlesung.

Nachruf für den verstorbenen Herrn Kreisarzt Grandhomme.

Herr **Albrecht** teilt die Uebersiedelung des pathologischen Instituts in das neue Gebäude mit.

Diskussion über den Vortrag des Herrn **Sippel** (s. Sitzung v. 16. Sept., 6).

Herr Treupel: Ueber das Verhalten der weiblichen Geschlechtsorgane bei Hysterie, Herzleiden und Chlorose haben 2 meiner früheren Assistenten unsere Erfahrungen und Anschauungen in einer in der Festschrift für Bäumler erschienenen Arbeit (Zeitschr. f. klin. Med. 1906, S. 154) niedergelegt. Es hat sich dabei für uns in Bezug auf die Hysterie, deren Diagnose nur dann gestellt wurde, wenn hysterische Stigmata, sensorielle Anästhesie und hysterogene Zonen vorhanden waren, Folgendes ergeben:

1. Bei Frauen und Mädchen, die später hysterisch wurden, trat die erste Periode meist verspätet ein und war dann häufig schwach und postponierend. Man darf darin wohl den Ausdruck einer mangelhaften körperlichen Entwicklung sehen, die vielleicht zu der späteren Hysterie prädisponierte. 2. Sehr häufig bestehen bei Hysterie dismenorrhoische Beschwerden. 3. Gynäkologische, gleichzeitig mit Hysterie beobachtete Erkrankungen sind meist zufällige Begleiterscheinungen der Hysterie und, wo sich ein ursächlicher Zusammenhang nachweisen lässt, spielen sie lediglich die Rolle eines auslösenden Momentes, ähnlich wie das Trauma bei der traumatischen Hysterie.

Herr J. Feuchtwanger muss sich, da er den Vortrag selbst nicht hören konnte, an die aus der bisherigen Diskussion sich ergebende Tatsache halten, dass der Vortragende einen Zusammenhang zwischen Retroflexio und nervösen Beschwerden annehme. Er sei anderer Ansicht und halte die Retroflexio nicht für eine

pathologische, sondern nur für die ungewöhnlichere Lage des Uterus und zwar aus folgenden Gründen. Der Prozentsatz der Retroflexio bei den Frauen, die den Gynäkologen aufsuchen, ist nicht grösser, wie der Prozentsatz der Retroflexio bei allen weiblichen Individuen überhaupt. Untersuche man ferner eine grössere Anzahl Frauen, die die ärztliche Hilfe nicht suchen, sondern nur zu Zwecken solcher Untersuchungen herangezogen werden und frage diese nach eventuellen Beschwerden, so ergebe sich, dass die Trägerinnen eines retroflektierten Uterus nicht häufigere oder intensivere Klagen hätten wie die Frauen mit Anteflexio. Auch sei hingewiesen auf die operativen Resultate verschiedener Autoren, die zeigen, dass einerseits häufig, trotz gut korrigierter Lage des Uterus die Beschwerden andauerten und dass andererseits trotz Rezidivs der Retroflexio die Beschwerden nicht wiedergekehrt seien (analoges bei Pessarbehandlung). Es spräche ferner gegen den Zusammenhang von Beschwerden und Retroflexio, dass eine Einigkeit in der Symptomatologie selbst unter den Autoren nicht bestehe, die die Retroflexio für pathologisch halten und dass umgekehrt die gemeinhin der Retroflexio auf Rechnung gestellten Symptome bei vielen anderen, vor allem auch nicht gynäkologischen Affektionen vorkommen. Manche Autoren wiederum machten nicht die Retroflexio als solche, sondern entzündliche Begleiterscheinungen der Retroflexio für die Beschwerden verantwortlich. Besonders zu bedenken gebe aber die Tatsache, dass man früher, als man die heute von niemand als Normallage des Uterus angezweifelte Anteflexio noch für eine pathologische Lage hielt, die gleichen Symptome, die heute von der Retroflexio verursacht sein sollten, für die Folgen der Anteflexio hielt (s. Krönig-Feuchtwanger, Monatsschr. für Geb. u. Gyn., Bd. X).

Herr Deutsch: Neben den Untersuchungen über den Zusammenhang zwischen der Retroflexio uteri und gewissen nervösen Beschwerden steht die Frage nach der Notwendigkeit einer Behandlung. Nun sieht man bei Frauen mit unkomplizierter mobiler Retroflexio Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Leibschmerzen, ja zuweilen sogar Blasenbeschwerden in der Mehrzahl mit der Reposition verschwinden und oft genug nach Entfernung der Pessare wiederkehren. Mag dieser Erfolg durch suggestive Wirkung vermittelt sein, so ist er als psychotherapeutischer Effekt so bemerkenswert, dass man sich dieser therapeutischen Handhabe auch weiterhin nicht wird begeben wollen.

Herr O. Feis: Die Behandlung der Retroflexionsfrage ist deswegen so wichtig, weil z. Z. die meisten Aerzte in der Rückwärtsbeugung des Uterus eine Anomalie sehen, die behandelt werden muss. Das Material des Arztes, der jahrelang dieselben Patientinnen beobachtet, ist wertvoller als das der grossen Polikliniken und somit dessen Erfahrungen ausschlaggebend. Es geht nicht an, die Komplikationen der Retroflexio gesondert zu behandeln; Ophoritis, Perimetritis etc. sind zweckmässig; nur durch die Richtiglagerung des Uterus anzugreifen.

Freilich gibt es Retroflexionen, die symptomlos bestehen (ähnliches beobachten wir bei den Sekretionsanomalien des Magens, der

Gastroptose, vielleicht kommen geringe Organempfindungen, die beim Gesunden latent bleiben, bei einem reizbaren Nervensystem stärker ins Bewusstsein.

Ob eine Retroflexio die bestehenden Beschwerden macht oder nicht, wird am besten durch den Erfolg der Therapie erwiesen. Im Anfang der Behandlung ist es oft unmöglich, zu unterscheiden, ob eine funktionelle Neurose oder ein Genitalleiden vorliegt; auch wenn die Klagen z. T. neurasthenischer Natur sind, erscheint eine lokale Behandlung noch angebracht (bei Virgines und Nulliparen ist jedoch Zurückhaltung geboten); nach dem Urteil vieler Aerzte werden durch die Pessartherapie ausserordentlich günstige Resultate erzielt (z. T. freilich auf suggestivem Wege). Die Allgemeinbehandlung der funktionellen Neurose ist selbstverständlich nicht ausser acht zu lassen.

Herr Baerwald: Zu den interessanten Ausführungen des Herrn Edinger darf ich auf Grund jahrelanger Erfahrung bestätigen, dass die Fälle von echter Hysterie, welche dem Gynäkologen zu Gesicht kommen, doch recht selten sind. Den Vortrag des Herrn Sippel war ich leider verhindert anzuhören; aus der Diskussion entnehme ich jedoch, dass er nicht Hysterie als solche in den Kreis seiner Erörterungen gezogen hat, sondern bestimmte nervöse Erscheinungen im Zusammenhang mit der Retroflexio. Da besteht kein Zweifel, dass die Lagekorrektur des Uterus und die gleichzeitig durch ein geeignetes Pessar gegebene Stütze der erschlafften Scheide, beziehungsweise die Erhöhung des geschwundenen Tonus des Beckenbodens den Frauen hilft und meist auch die nervösen Beschwerden beseitigt. Dass äusserste Zurückhaltung in der lokalen gynäkologischen Behandlung, ja der digitalen Exploration schwer nervöser Frauen geboten ist, darf ich hervorheben. In solchen Fällen hat zuerst eine Besserung des Allgemeinbefindens zu erfolgen und sollten vaginale Eingriffe nur aus strikter Indikation vorgenommen werden — eventuell in Narkose.

Herr Edinger: Wir müssen doch wohl unterscheiden zwischen nervösen Beschwerden und Hysterie. Die Sippelschen Patienten hatten vielerlei nervöse Beschwerden, aber sie waren nicht hysterisch. Ja es scheint als sei die Zeit herangekommen, den Begriff der Hysterie durch Einengung reiner zu fassen. Es fragt sich fast, ob denn noch eine eigene Affektion übrig bleibt, ob sich nicht herausstellt, dass bisher hysterisch genannte Symptome bei den verschiedensten nervösen und psychischen Schwächesymptomen einsetzen können. Die französischen Irrenärzte und Neurologen haben auf ihrem letzten Kongress, gerade diese Frage in sehr interessanter Weise dikutiert.

Herr Sippel (Schlusswort): Eine Klarstellung der Frage von der klinischen Bedeutung der Retroflexio uteri ist unter allen Umständen geboten, sowohl wegen der Kranken als wegen der Verantwortlichkeit der Aerzte. In meinem Vortrag*) habe ich es abgelehnt, dass man auf dem Wege der Statistik einen Beweis für oder wider die pathologische Bedeutung dieser Lageveränderungen erbracht habe. Die vorhandenen Statistiken beweisen nichts! Sie kommen zu ganz entgegengesetzten Resultaten! Ich habe es ferner abgelehnt, die ganze Frage sofort generell entscheiden zu wollen. Ich

*) Monatsschrift für Geb. und Gyn., Bd. 26, S. 4.

habe der Ansicht Ausdruck gegeben, dass es möglich sein müsse, für einzelne bestimmte Fälle zu einem positiven Urteil zu kommen, wenn man dieselben genau analysiert, hervorhebt, warum die vorhandenen Beschwerden nach den einen auf die Retroflexio zurückzuführen sind, nach den anderen nicht, wenn man das pro et contra nach beiden Seiten hin sachlich und objektiv erörtert, frei von jeder Voreingenommenheit. Ich habe ferner gesagt, dass, wenn es gelänge, für einzelne bestimmte Fälle in exakter Weise den Nachweis der pathologischen Bedeutung der Retroflexio zu erbringen, die Hauptsache in der Entscheidung des Streites geschehen sei. Die Richtigkeit des Satzes Vedelers: „Die Retroflexio hat ein anatomisch-physiologisches Interesse, aber keine anatomisch-pathologische Bedeutung", von welchem Satz die ganze Opposition gegen die pathologische Auffassung der Rückwärtslagerung ausging, sei damit im Prinzip widerlegt und in die Stellung der Gegner Bresche gebrochen. Im Anschluss daran habe ich dann einzelne lange Jahre hindurch genau beobachtete Fälle aus den beiden grossen Beschwerdegruppen herausgegriffen, in welche die Anhänger der pathologischen Auffassung der Retroflexio die Erkrankungen teilen. Ich habe einen Fall aus der Gruppe der lokalen und der erhöhten Wichtigkeit halber zwei Fälle aus der Gruppe der nervösen Beschwerden ausführlich und genau sachlich geschildert und habe dann an diese Mitteilung die Folgerung geknüpft, dass in diesen drei Fällen der Retroflexio bestimmt eine krankmachende Bedeutung zukomme. Ich habe dann hinzugefügt, dass ich einem eventuellen Gegenbeweis entgegensähe. Ich konstatiere nun, dass dieser Gegenbeweis von keinem der Diskussionsredner versucht oder gar erbracht ist. Damit könnte ich mich ja vollständig zufrieden geben!

Gegenüber den in der Diskussion wieder getanen Aeusserungen, die ganze Frage sei im Sinne der Gegner einer pathologischen Auffassung der Retroflexio entschieden, betone ich nochmals nachdrücklichst, dass dies keineswegs der Fall ist, den Gegnern steht eine stattliche Reihe von Männern gegenüber, deren Stimme mindestens ebenso gewichtig ist, als die ihre, so Olshausen, Küstner, v. Rosthorn, Bernhardt Schultze u. a. Nicht Statistiken, sondern nur einzelne genau und jahrelang beobachtete Fälle können entscheiden. Wenn Herr Hirsch, welcher im Ganzen einer pathologischen Auffassung beitritt, für das Feststehen der nervösen Beschwerden eine gewisse Diathese voraussetzt, so ist dem zuzustimmen, denn nur so erklärt es sich, warum die eine Kranke nervöse Erscheinungen bekommt, die andere nicht. Ob aber nicht diese Diathese selbst im Laufe der Zeit durch den chronischen schädigenden Einfluss der Retroflexionsbeschwerden bei gewissen Fällen hervorgerufen werden kann oder durch andere gleichzeitig wirkende nachteilige Einflüsse, mit anderen Worten: Ob diese Diathese nicht auch eine erworbene und keine angeborene ist? Das ist eine Frage, welche ebenfalls noch der Erledigung harrt. Meine Beobachtungen lassen mich für zahlreiche Fälle das erstere annehmen. Dem Standpunkte von Herrn Edinger, dass die Diagnose der Hysterie erheblich eingeschränkt werden müsse, stimme ich unbedingt zu. Sicher wird unendlich Vieles als Hysterie diagnostiziert, ohne es zu sein. Man soll die Diagnose nur in solchen Fällen stellen, bei denen die von den Neurologen als patho-

gnostisch aufgestellten Erscheinungen in unzweideutiger Weise vorhanden sind. Alle diese nervösen Beschwerden, wie sie bei Retroflexio auftreten, haben m. E. mit der wirklichen Hysterie nichts zu tun. Sie sind Reflexerscheinungen, ausgelöst durch den Reiz, welchen die Lagerveränderung des Uterus dauernd auf die ausserordentlich reich entwickelten Nervengeflechte des kleinen Beckens ausübt. Am besten bezeichnet man diese Beschwerden mit dem vielfach verpönten, aber trotzdem zutreffenden Worte: Reflexneurosen oder, wie Rosthorn vorschlägt: Hysteroneurosen. Man sollte damit aufhören, Symptome, welche man auf andere Weise nicht zu erklären vermag, einfach Hysterie zu nennen und mangelnde Erkenntnis durch ein Wort zu ersetzen!

Herr **Emanuel: Magnetoperationen.**

1. Vor 3¾ Jahren linksseitige perforierende Eisensplitterverletzung. Eintrittsstelle im horizontalen Meridian nasal in der Sklera. Blutung in den Glaskörper. Mit dem Schlösserschen Riesenmagneten gelingt es, den kleinen Splitter — 1½ mm im Durchmesser — aus dem Glaskörper, zwischen Linse und Iris hindurch, in die vordere Kammer zu bringen, aus der er nach Anlegung eines Lanzenschnittes entfernt wurde. Voll erhaltenes Sehvermögen. Ophthalmoskopisch: nach unten etwas nach aussen ganz peripher weisse Veränderungen, die entweder als eine zirkumskripte Ablatio retinae oder als Bindegewebsauflagerung auf die Retina aufzufassen sind.

2. Vor 7 Wochen rechtsseitige perforierende Eisensplitterverletzung. Eintrittsstelle im horizontalen Meridian der Sklera nasal. Mit dem Spiegel war der leicht geschlängelt verlaufene, als hämorrhagisches Band sich darstellende Weg des Splitters der Augenwand entlang bis zu seinem Sitz am vertikalen Meridian sehr peripher zu verfolgen. Die langdauernden Bemühungen wenige Stunden nach der Verletzung, den Splitter mit dem Riesenmagneten in die vordere Kammer zu bringen, waren resultatlos. Deswegen Lanzenschnitt in die Sklera in der Gegend des vermuteten Sitzes des Fremdkörpers und Entbindung des kleinen Splitters — 1 mm im Durchmesser — mit dem Handmagneten nach Hirschberg. Visus jetzt ⅚. Die Glaskörperveränderungen (Hämorrhagie. und Narbe vom Lanzenschnitt) und die Netzhautveränderungen (leichte Atrophie) sind auf die periphersten Teile des inneren unteren Quadranten beschränkt.

Diskussion: Herr Aschheim teilt 2 Fälle mit, bei denen die Extraktion mit dem Magneten nicht gelang. In einem Fall trat nach der ersten Sitzung ein 12 Stunden anhaltender tiefer Schlaf ein, aus dem der Pat. nicht zu erwecken war, nach der zweiten Sitzung ein weniger tiefer und anhaltender Schlaf, an den sich ein Zustand der Benommenheit anschloss, der ca. 24 Stunden dauerte.

Ordentliche Sitzung vom 21. Oktober 1907 abends 7 Uhr im Hörsaal der Senckenbergschen Bibliothek.

Vorsitzender: Herr Sippel.
Schriftführer: Herr Seligmann.

Herr **Albrecht: Demonstrationen aus dem pathologischen Institut.**

Herr **Treupel:** a) **Ueber einen Fall von „Tumor cerebri“.**

M. H.! Vor einigen Monaten hat Herr Homburger in sehr anschaulicher und zutreffender Weise uns die Schwierigkeiten geschildert, die sich für die diagnostische Verwertung der allgemeinen und der Herdsymptome bei den umschriebenen Erkrankungen des Gehirns ergeben können. Es ist nicht nur die genaue Lokalisation im Bereich einer Hirnseite bisweilen sehr zweifelhaft, sondern es ist trotz sorgfältiger Beobachtung und kritischer Verwertung des Beobachteten nicht selten unmöglich, anzugeben, auf welcher Seite überhaupt die Erkrankung sitzt. Herr Homburger hat Ihnen einen solchen Fall ausführlich geschildert und Nonne hat erst jüngst die Fehldiagnosen in dieser Beziehung erörtert. Ich möchte Sie hier nur an die Fälle erinnern, die bei den ausgesprochenen Erscheinungen allgemeiner Arteriosklerose (am Herzen, an den Nieren usw.) mit allen typischen Zeichen der Hirnapoplexie (kompletter halbseitiger Lähmung, Bewusstlosigkeit, Störungen der Atmung und des Pulses) zur Beobachtung kommen und bei denen dann die Sektion weder in der inneren Kapsel der gegenüberliegenden Seite, wie man anzunehmen geneigt ist, noch sonstwo im Gehirn irgend einen Herd makroskopisch erkennen lässt. Diagnose des Hydrocephalus internus. Wert der Hirnpunktion für solche zweifelhafte Fälle.

Anderseits gibt es aber natürlich auch Fälle, deren Herdsymptome so charakteristisch sind und deren Verlauf im allgemeinen sich so typisch gestaltet, dass eine recht genaue lokale Diagnose ziemlich sicher zu stellen ist. Diese Fälle gleichen dann häufig einander wie ein Ei dem anderen und über einen solchen Fall möchte ich Ihnen hier kurz berichten.

Bei einem 23jährigen Schuster stellten sich $^3/_4$ Jahre vor seiner Aufnahme ins Spital Anfälle von Parästhesien im rechten Arme ein. Hierzu traten im weiteren Verlauf Anfälle von klo-

nischen Zuckungen im rechten Vorderarm und in der rechten Hand. Schliesslich kam es zu einem Anfall allgemeiner Krämpfe, bei dem das Bewusstsein erhalten blieb, der aber eine vollständige Hemiplegie zurückliess. Mit dieser kam der Patient bei uns zur Aufnahme. Wiewohl eine venerische Infektion geleugnet wurde, haben wir doch, der allgemeinen Regel in solchen Fällen entsprechend, eine Jodkalibehandlung und Schmierkur eingeleitet. Die Hemiplegie bildete sich im Verlauf der nächsten Wochen zurück, am schnellsten im Fazialisgebiet, weniger rasch im rechten Bein, am langsamsten im rechten Arm, in dem noch lange eine gewisse Schwäche bestand. Neben der motorischen Lähmung bestand auch eine deutliche Empfindungslähmung, besonders auch eine Störung des Lagegefühls, sowie Stereoagnosis, am ausgesprochendsten im rechten Arm. 14 Tage nach der Aufnahme trat wiederum ein Anfall auf mit klonischen Zuckungen im rechten Arm. Diese Anfälle von Jacksonschem Typus wiederholten sich in der Folgezeit. Dazu gesellten sich in den nächsten Wochen die Zeichen des allgemeinen Hirndrucks: heftige Kopfschmerzen, nicht sehr deutlich lokalisiert; beiderseitige Stauungspapille, Erbrechen in steigender Intensität. Wir machten daher nach einer im ganzen 4wöchigen Beobachtung, nachdem auch eine Lumbalpunktion keine Aenderung der Situation herbeigeführt und kein neues diagnostisches Moment ergeben hatte, den Vorschlag zur Operation und fassten das Ergebnis unserer seitherigen Beobachtungen für den Chirurgen in folgender Weise zusammen:

Wir haben bei unserem Patienten:

1. Ausfallserscheinungen in der rechten Körperhälfte mit besonderer Beeinträchtigung der feineren Bewegungen der rechten Hand.
2. Schwäche und Bewegungsstörungen im rechten Arm.
3. Krämpfe von Jacksonschem Typus.
4. Störungen des Lagegefühls und Stereoagnosis.
5. Deutliche Hirndrucksymptome.

Da sich im Verlauf einer Quecksilber- und Jodkalikur keine deutliche, dauernde Besserung gezeigt, die Krämpfe vielmehr in der letzten Zeit sich gehäuft und die Zeichen des Hirndrucks sich ausgebildet haben, so glauben wir, dass eine rasch wachsende **Neubildung** in der **linken** Hirnhemisphäre vorliegt, deren Sitz wir in die Gegend **der hinteren Zentralwindungen** im **mittleren und oberen Teil** verlegen. Die Trepanationsöffnung ist derartig anzulegen, dass sie gestattet, in der angegebenen Höhe die vordere und hintere Zentralwindung sowie den anstossenden Teil des Scheitellappens zu übersehen.

Aus äusseren Gründen verzögerte sich die in Aussicht genommene Operation. Im Verlauf der fünften und sechsten Woche traten Krämpfe mit Bewusstlosigkeit ein, die Hirndruckerscheinungen steigerten sich, der Patient wurde dauernd benommen und es erfolgte am Ende der 6. Woche der Exitus letalis.

Die Sektion ergab bezüglich des Gehirns, das uns hier nur interessiert, in der Tat ein Gliosarkom der linken Zentralwindung an der angegebenen Stelle mit zystischer Erweichung, etwa ein Fünftel des ganzen Frontalquerschnittes einnehmend (Demonstration des Präparates).

Vergleichen Sie mit unserem Fall die Beobachtung III, welche Oppenheim in seinen „Beiträgen zur Diagnostik und Therapie der Geschwülste im Bereich des Zentralnervensystems", wiedergibt, so werden Sie über die grosse Aehnlichkeit, um nicht zu sagen wörtliche Uebereinstimmung überrascht sein. Nur vollzog sich in dem Oppenheimschen Fall alles etwas langsamer, so dass die Operation wenigstens noch ausgeführt und dadurch eine Heilung mit allerdings erheblichem Defekt erreicht werden konnte. In unserem Fall muss man es bezweifeln, ob bei der so sehr in die Tiefe gehenden Zerstörung die Operation überhaupt einen Dauererfolg gehabt hätte.

Diskussion: Herr Siegel hat einen Fall beobachtet, der fast denselben Symptomenkomplex, wie der des Vortragenden bot, und der sich ebenfalls bei der Operation als ein Tumor der motorischen Region erwies.

Herr S. Auerbach: Der Fall des Herrn Treupel gehört nicht zu den Seltenheiten. Die Operation war selbstverständlich indiziert. Auch in solchen Fällen von Hirntumor, in denen die Diagnose nicht mit aller Bestimmtheit gestellt werden kann, aber in denen er nicht gefunden oder radikal entfernt werden kann, ist die druckentlastende Trepanation angezeigt. Dieser Standpunkt ist auf der vorjährigen Naturforscherversammlung zu Stuttgart ganz allgemein zur Geltung gekommen. Ich halte auch den damals von Herrn Oppenheim erhobenen Einwand, es könne sich vielleicht um einen Pseudotumor (Nonne) handeln, nicht für stichhaltig, da Borchardt in 5 derartigen Fällen durch die dekompressive Trepanation Heilung erzielt hat, die ja bei dieser seltenen Affektion auch ohne Eingriff erfolgt, aber doch nie vorausgesehen werden kann.

Herr Treupel (Schlusswort) bestätigt die guten Erfolge, die die Trepanation auch in den Fällen hat, in denen der angenommene Tumor nicht operabel ist oder nicht gefunden wird. Ganz besonders die Stauungspapille bezw. die Neuritis optica bildet sich nach der Trepanation meist rasch zurück.

b) Die Ophthalmoreaktion bei Tuberkulösen.

Diskussion: Herr Benario erwähnt, dass ähnlich wie die Ophthalmoreaktion bei Tuberkulose, von Chantemesse auch eine Reaktion bei Typhus durch Typhusbazillenextrakt konstatiert worden ist. Auf dem internationalen Hygienekongress in Berlin hat Kraus-Wien die Befunde von Chantemesse bestätigt; er konnte aber mit Tuberkulin bei Typhuskranken die gleiche Reaktion hervorrufen, wie durch Typhusbazillenextrakt. Jedenfalls ist bei der Verwertung der Reaktion zu diagnostischen Zwecken noch Vorsicht geboten.

Herr Neisser fragt an, ob schwere Fälle auch geprüft wurden.

Herr Deutsch: Die Ophthalmoreaktion kann bei stärkerem Ausfall erheblich belästigen. Die Kutisreaktion ist ebenso bequem und hat den Vorzug absoluter Harmlosigkeit, auch bei ambulant Behandelten. Für die Pirquetsche Probe sprechen die Erfahrungen des Entdeckers an über 800 Patienten mit 100 Sektionen, ähnliche Erfahrungen anderer Autoren, sowie die von Vallée (Paris) mitgeteilten Kontrollversuche an gesunden und tuberkulösen Tieren. Indessen sind auch abweichende, ja ganz ablehnende Beurteilungen veröffentlicht worden. D. selbst hat mit der v. Pirquetschen Impfung

bei sicher Nichttuberkulösen nur 1 mal positiven Ausfall gesehen. Bei sicher Tuberkulösen blieb die Reaktion öfters aus; teils war sie dann durch eine zweite Impfung entweder mit gleicher oder mit stärkerer Tuberkulinlösung zu erzielen, teils waren es schwere Fälle (Analogie mit den Erfahrungen bei der Tuberkuloseinjektion). Von den diagnostisch unsicheren Fällen reagierten gerade diejenigen positiv, die durch familiäre Belastung, Habitus, besonders verdächtig erschienen waren. Die besprochene Versuchsreihe reicht zu einem definitiven Urteil bei weitem nicht aus, nicht einmal die Gesamtheit der bisher publizierten Beobachtungen. Ausser durch ausgedehntere weitere Prüfung ist vielleicht noch durch Differenzierung der Methodik ein Fortschritt zu erreichen. Aufgefallen ist die besondere spezifische Empfindlichkeit bei Knochen- und Hauttuberkulose. Angesichts der Promptheit und Intensität der Hautreaktion gerade bei Hauterkrankungen hat man von einer spezifischen Organreaktion gesprochen (man kann dabei an Wassermanns spezifische Organimmmunitäten denken).

Das v. Pirquetsche Phänomen kann, sobald seine Zuverlässigkeit allgemein erwiesen, oder sobald seine spezielle Bedeutung oder die Grenze seiner Verwendbarkeit studiert sein wird, grosse Bedeutung gewinnen. Wie sich das in der Praxis darstellen wird, ist eine andere Frage. Werden die diagnostischen Methoden erst einmal ihrem Ideal, der Autopsie, an Genauigkeit nahe kommen, und damit die Tuberkulose so oft nachweisen, wie die anatomische Untersuchung, so kann eine Umwertung unseres heutigen klinischen Begriffes „Tuberkulose", unserer Anschauung über die klinische Bedeutung dieser ätiologischen Feststellung nicht ausbleiben. Eine Verfeinerung unseres diagnostischen Könnens nach ganz anderer Richtung wird notwendig werden.

Herr Hanau: Die von Herrn Benario erwähnte Tatsache, dass Typhuskranke zugleich auf Typhusbazillensaft und auf Alttuberkulin ophthalmisch reagiert haben, spricht m. E. nicht gegen den elektiven Wert des Tuberkulins. Es ist doch sehr wohl denkbar, dass die Typhuskranken zugleich auch tuberkulös waren. Erst wenn weiterhin, etwa durch eine spätere Sektion, die völlige Abwesenheit von Tuberkulose bewiesen würde, dürfte man, mit Recht behaupten, dass die Tuberkulinophthalmoreaktion auch bei Typhus eintritt.

Herr Treupel (Schlusswort) ist mit Herrn Deutsch der Ansicht, dass wir in praktischer Beziehung die sogenannten „ausgeheilten" Tuberkulosen von den Fällen mit, wenn auch umschriebener und geringfügiger manifester Tuberkulose, scharf trennen müssen. Bei sorgfältiger und ganz besonders schwacher Perkussion findet man in der Tat bei den meisten aller ins Krankenhaus eingelieferten Patienten kleine Dämpfungsbezirke im Bereich der Lungenspitzen. Solange diese Herde absolut ruhend sind, darf man solche Fälle in der Praxis als ausgeheilt bezeichnen. Diese Fälle liefern aber bei der Ophthalmoreaktion überwiegend ein positives Ergebnis, aus dem an sich weitere Konsequenzen für den Patienten zunächst nicht abgeleitet zu werden brauchen. So erklärt sich auch wohl, warum bei einem Typhuskranken die Calmettesche Reaktion positiv ausfallen kann.

C. U. Ariens Kappers sprach über **neue Untersuchungen über die Medulla oblongata und die zerebro-spinalen Nerven.**

K. weist darauf hin, wie in der berühmt gewordenen Arbeit Bells: „The Nervous System of the Human Body" (1830) zwei wichtige Entdeckungen mitgeteilt wurden: 1. der sensible Charakter der hinteren Wurzel des Rückenmarkes und der motorische Charakter der Vorderwurzeln, bekannt als das Bellsche Gesetz; 2. die Existenz eines lateralen Wurzelsystems, welches der Respiration dienen sollte, und gemischt motorisch und sensibel war. Die letzte Mitteilung Bells ist erst viel später genügend gewürdigt worden und zwar durch Gaskell (1886—1887), der die Existenz eines lateralen Wurzelpaares auch in dem Rückenmarke nachwies, wo es sich nur von der Anordnung desselben Systems in der Oblongata (5, 7, 9, 10, 11) unterscheidet, indem es hier nicht gesondert, sondern gemischt mit der Vorder- und Hinterwurzel auftritt.

Gaskell wies dann nach, dass dieses zweite, oder laterale System überall der viszeralen Motilität und Sensibilität dient, im Gegensatz zu der eigentlichen Vorder- und Hinterwurzel, welche der somatischen Motilität resp. Sensibilität dienen.

Die verschiedenen Zonen des Rückenmarkes und der Oblongata, welche diesen verschiedenen peripheren Funktionen entsprechen, wurden zwar schon von ihm erwähnt, doch erst wieder später genauer verfolgt durch jüngere Untersucher, worunter namentlich die amerikanische Schule (Strong, Kingsbury, Johnston, Herrick) und unter den deutschen Gelehrten namentlich Wallenberg sich verdient gemacht haben durch die Erforschung der somato-sensiblen und viszero-sensiblen Zonen und deren Verbindungen bei den niederen Tieren (Fische, Amphibien, Vögeln).

Vergleicht man die Resultate, welche die vergleichende Hirnantomie gegeben hat, bezw. die Anordnung dieser beiden sensiblen Zonen, in Bezug auf einander und in Bezug auf die übrigen Teile der Oblongata, dann findet man bei allen Tieren, von den niedrigsten zum Menschen, eine grosse Konstanz der Lokalisation. K. demonstriert das an Zeichnungen von Querschnitten durch die Oblongata von verschiedenen Tierklassen und weist dann darauf hin, dass diese Konstanz in scharfem Kontrast steht mit den ansehnlichen Lageveränderungen der motorischen Gebiete während der Pylogenese der Oblongata.

Das viszero-motorische Gebiet liegt bei den niedersten Vertebraten in der dorso-medialen Zone des verlängerten Markes, das somato-motorische in der Fortsetzung der ventralen Hörner, also in der ventralen Zone der Oblongata. Hierin tritt eine Veränderung auf, die offenbar auf der Attrak-

tion beruht, welche die Bahnen, welche die Kerne zentral am meisten influenzieren, ausüben.

So begeben sich schon bald die Augenmuskelkerne, welche ursprünglich ventral liegen, da sie somatische (parietale) Muskeln innervieren dorsalwärts in die Nähe des hinteren Längsbündels und des prädorsalen Längsbündels, welches auf diese Kerne die Impulse des Tectum opticum übertragen und ihr koordinatorisches Zusammenarbeiten verursachen. Bei denjenigen Fischen, die schnell und gut schwimmen und mit der grösseren Entwicklung des Kleinhirns eine mächtige Entwicklung des koordinatorischen Systems haben (Edinger), ist diese Aufsteigung eine sehr auffallende (unter den Fischen: manche Haie, unter den Reptilien: die wasserlebenden Schwimmer). — Hier und dort behält ein Teil des Abduzenskernes (der sogen. Van Gehuchtensche Kern) seine ventrale Lage bei.

Auch der Hypoglossus steigt dorsal (dorso-frontal) auf, was K. erklärt durch die dorsale Lage des Geschmackskernes. Die ursprünglich medio-dorsal gelagerten viszero-motorischen Kerne des 7., 9., 10., steigen abwärts, offenbar weil sie das ventrale Tegmentum suchen, wo bei allen Tieren lange Bahnen aus dem Mittelhirn und Hypothalamus enden. Namentlich aber die Pyramiden, die nur bei den Säugern vorkommen, erhöhen die Bedeutung dieses ventralen Tegmentums sehr, daher kommt es auch, dass die völlig ventrale Verlagerung der Fazialis und eines Teiles des 10. Kernes erst bei den Säugern auftritt. Den Weg, den die motorischen Zellen bei der Verlagerung gefolgt sind, wird dabei noch immer angegeben durch die gekniet austretenden Wurzeln. So treten diese Kerne in Verbindung mit den langen Bahnen des Gehirns und werden dadurch sekundär somatischer Natur (d. i. sie bekommen dadurch Bedeutung für die Reaktionen der Aussenwelt). — Es geht dies zusammen mit grossen Veränderungen in der Peripherie, indem sich aus einem Teil der Kiemenbogenmuskulatur der Fazialis, der Sphincter colli, die Gesichtsmuskulatur und das Platysma entwickelt und der Larynx bei den Säugern, im Gegensatz zu den niederen Tieren eine auffallend reiche Differenzierung seiner Muskulatur zeigt. Offenbar spricht die Absteigung des Nucleus ambiguus zu gleicher Zeit mit der phylogenetischen Entstehung der kortiko-bulbären Bahnen und dem bei den Säugern fast plötzlich auftretenden Reichtum der Larynxmuskulatur dafür, dass dieser ventrale Kern der Kehlkopfkern ist, während die dorsalen in der Nähe der sensiblen Wurzelendigung bleibenden Zellen die hauptsächlich reflektorisch wirkende glatte Muskulatur des Vagusgebietes innervieren. Bei den Schrei- und Singvögeln schmiegt sich der nur noch wenig abgestiegene Kehlkopfkern dem Hypoglossuskern an, was in Uebereinstim-

mung ist mit der Tatsache, dass die Lautproduktion bei diesen Tieren hauptsächlich durch die Syrinx geschieht, welche vom Hypoglossus und linken Zervikalnerven innerviert wird.

Schliesslich betont K., dass die Entwicklung des Sympathikus in völliger Uebereinstimmung ist mit dem schon durch die Pylogenese der Oblongata gezeigten Gesetz, dass die motorische Zelle den Punkte des maximalen Reizempfanges sucht. Es ist bekanntlich charakteristisch für das autonome System, dass es fast nur aus motorischen Zellen besteht, grösstenteils unabhängig geworden ist von den Bahnen des Rückenmarkes und fast nur durch Reize aus den Eingeweiden funktioniert. Die Auswanderung der motorischen Zelle findet statt in der Richtung der Eingeweide und geschieht im Körper selber an einer Kette von motorischen Zellen entlang, also, in phylogenetischem Sinne, unter Verkürzung des motorischen Achsenzylinders, was nur dann erklärbar ist, wenn dieser selbe Achsenzylinder den sensiblen Reiz leitet, denn aus den Ergebnissen bezw. der Oblongata ging hervor, dass die Wanderung der motorischen Zellen der Richtung des grössten Reizes folgt. Tatsächlich hat nun Langley nachgewiesen, dass der sogen. Axonreflex im autonomen System überwiegend ist, was mit den obigen Schlussfolgerungen in völliger Uebereinstimmung ist. Dass die Endigung des rein sensiblen Neurons nicht auswandert, um der motorischen Zelle zu folgen und eine gewöhnliche, aber peripher liegende Reflexbahn zu bilden, ist in Uebereinstimmung mit der ebenfalls aus den Beobachtungen an der Oblongata gefundenen Regel, dass die sensiblen oder zentral influenzierenden Fasern nicht die motorische Zelle suchen, sondern die motorische Zelle den Punkt des maximalen Reizes empfange.

Ausserordentliche Sitzung am 28. Oktober 1907, abends 7 Uhr im Hörsaal der Senkenbergischen Bibliothek.

Vorsitzender: Herr Sippel.
Schriftführer: Herr Seligmann.

Vor Eintritt in die Tagesordnung verliest der Vorsitzende einen Brief des Herrn Eiermann, der ersucht, eine event. Weihnachtsgabe an die Witwenkasse des Leipziger w. Verbandes zu richten.

Bericht der Spezialkommission für die Frage der weiteren Kontrolle der **Milchkuranstalt.**

Herr **Neisser** als Referent teilt mit, dass die Kommission beschlossen hat:

1. Bestimmungen über den Betrieb mit Stimmeneinheit.
2. Ueber die Zahl der zu kontrollierenden Anstalten einen Mehrheitsbeschluss, die bisherige Anstalt allein, und einen Minderheitsbeschluss, mehrere Anstalten zu kontrollieren.

Nachdem im Anschluss an einen Bericht der Kommission des Aerztlichen Vereins zur Ueberwachung der Frankfurter Milchkuranstalt eine lebhafte Debatte über die Ueberwachungsfrage entstanden war, beschloss der Aerztliche Verein in der Sitzung vom 10. Juni 1907 entsprechend einem Antrag von H. Neisser: eine Spezialkommission zu wählen, welch die allgemeinen und speziellen Fragen der Ueberwachung einer Revision unterziehen und darüber dem Verein berichten sollte. Die Spezialkommission sollte antragsgemäss aus 3 Mitgliedern der bisherigen Ueberwachungskommission und aus 3 weiteren Mitgliedern des Aerztlichen Vereins bestehen. Es wurden folgende Herren gewählt: Neisser, Cohn, Hirschberg, zu denen als Mitglieder der bisherigen Ueberwachungskommission noch die Herren Cahen-Brach, Cuno und Loretz hinzukamen. In 10 zweistündigen Sitzungen ist die Spezialkommission zu folgenden Ergebnissen gelangt:

Die Frankfurter Milchkuranstalt, die seit nunmehr 30 Jahren unter Kontrolle des Aerztlichen Vereins steht, hat dank der Initiative und der bewundernswürdigen Tätigkeit des verstorbenen hochgeschätzten Kollegen Cnyrim die Ansprüche der Aerzteschaft an eine gute Milch während der ganzen Zeit vollauf befriedigt. Es ist ein besonderes Ruhmesblatt in der Geschichte des Frankfurter Aerztlichen Vereins, dass es ihm nie an Mitgliedern gefehlt hat, die selbstlos an

den idealen Aufgaben mitgearbeitet und es ermöglicht haben, dass Frankfurt zu einer Zeit eine gute Milch besass, in der anderwärts die Milchverhältnisse noch völlig darniederlagen. Wenn die jetzt gewählte Spezialkommission zu Beschlüssen gekommen ist, die in manchen Punkten vom bisherigen Stand der Dinge abweichen, so ist sie sich der schuldigen Pietät gegen den Begründer der segensreichen Institution und der Dankbarkeit für das bisher Erreichte voll bewusst gewesen, aber sie ist zu der Ueberzeugung gekommen, dass sich die Verhältnisse im Laufe dieser 30 Jahre gerade auf dem Gebiete der Milchproduktion erheblich geändert haben. Deutschlands Milchviehrassen haben sich ausserordentlich verbessert und können nicht mehr als minderwertig gegenüber ausländischen Rassen gelten. Die Erkennung der Tierkrankheiten, ihre Bedeutung und Verhütung ist nach vielen Richtungen hin durchgearbeitet worden; die saubere Milchgewinnung ist keine akademische Frage mehr, sondern bereits die Grundlage für die Tätigkeit der intelligenten und gewissenhaften Milchproduzenten. Eine Reihe von Fachzeitschriften für die Produzenten sind entstanden, allerorts sind neuere Bestimmungen getroffen. Dementsprechend haben sich die Anforderungen, welche die Aerzteschaft an gute Milch heute stellt, geändert. Neuere Verhältnisse sind auch dadurch geschaffen, dass es Jahrzehnte hindurch eben nur die Bestimmung der Ueberwachungskommission des Aerzt. Vereins gab, während durch die Polizeiverordnung vom 5. Mai 1903 für die Produktion von Kindermilch bestimmte behördliche Vorschriften erlassen sind, deren Innehaltung dem Produzenten zur Pflicht gemacht ist. Es sind denn auch daraufhin eine Reihe von Kurmilchanstalten entstanden.

Im Interesse der Bevölkerung ist die Entstehung neuer Kurmilchanstalten vom Aerztl. Verein aus mit Freuden zu begrüssen, da eine ausreichende Versorgung der Stadt mit guter Milch ein ausserordentlich wichtiges Postulat der Hygiene ist, und da die Produktion der Frankfurter Kurmilchanstalt sich nicht wesentlich vermehrt hat, während die Bevölkerung und Wohlhabenheit der Bevölkerung stark zugenommen haben.

Angesichts der neu entstandenen behördlichen Vorschriften erschien es der Spezialkommission diskutabel, ob überhaupt eine Ueberwachung durch den Aerztl. Verein noch angezeigt sei. Die Kommission kam zu dem Resultat, dass ausser den behördlichen Vorschriften eine besondere Ueberwachung und besondere Vorschriften nötig seien, um eine Milch von garantiert gleichmässiger Güte und Reinheit zu erhalten. Auf Grund der bisherigen Erfahrungen und der Erwägung, dass eine andere in Betracht kommende geeignete Stelle zurzeit nicht existiert, empfiehlt die Spezialkommission dem Aerztl. Verein auch weiterhin die Kontrolle durch eine Kommission ausführen zu lassen, zumal gerade der Verein durch das besondere Gewicht seiner ärztlichen Empfehlung imstande ist, erhöhte Anforderungen an die Produktion zu stellen.

Für das Mass der Anforderungen, das an die kontrollierte Milch zu stellen ist, war die Erörterung der Vorfrage von ausschlaggebender Bedeutung, ob die kontrollierte Milch zum Rohgenuss empfohlen werden soll, oder ob wie bisher das Kochen der Milch als Norm angenommen werden soll. Die Spezialkommision ist sich bewusst gewesen, dass die Aerzteschaft die Milch eines grösseren Betriebes

überhaupt nicht zum Rohgenuss empfehlen kann, da in dieser Empfehlung eine Garantie der Unschädlichkeit liegt, die bei Rohmilch, auch abgesehen von Tuberkulose, kaum zu übernehmen ist. Auch für die Milch einer vom Aerztl. Verein überwachten Anstalt wird daher Garantie nur übernommen werden können, sofern sie abgekocht benutzt wird. Es besteht zurzeit eine wohl übertriebene Vorliebe für Rohmilch, die vielleicht bald wieder zurückgehen wird; dass Rohmilch Fermente und andere Stoffe enthält, welche durch das Kochen zerstört werden, ist unzweifelhaft — aber ganz das Gleiche gilt für Eier, Fleisch, Vegetabilien, ohne dass daraus für diese Nahrungsmittel der gleiche Schluss gezogen würde. Welche Bedeutung aber die thermolabilen Stoffe der Milch für den Menschen besitzen, darüber wissen wir fast noch nichts, während manche Tierversuche und Stoffwechselversuche von bedeutenden Pädiatern eine Minderwertigkeit der sachgemäss aufgekochten Milch auch für junge Individuen nicht gezeigt haben. Der kleinen Minderheit zuliebe, welche gekochte Milch auch mit Korrigentien nicht verträgt, glaubt die Spezialkommission nicht so weit Rechnung tragen zu sollen, dass sie an die vom Aerztlichen Verein kontrollierte Milch jene weitgehenden Forderungen stellt, wie sie nötig wären, wenn die Unschädlichkeit der kontrollierten Milch bei Rohgenuss dauernd garantiert werden sollte. Trotz dieser prinzipiellen Beschränkung werden die Anforderungen sehr hoch zu stellen sein; bei dem heutigen Stand der Wissenschaft ist es aber gerade für einen ärztlichen Verein nicht möglich, für die Unschädlichkeit einer rohen Milch dauernd zu garantieren, wenn nicht übertriebene und praktisch für grosse Betriebe undurchführbare Kautelen getroffen werden.

Die Schwierigkeiten einer Tuberkulinreaktion für die praktische Verwendung sind folgende: Die Forderung eines sicher tuberkulosefreien Bestandes setzt voraus, dass die Tuberkulinprobe vor Einstellung des betreffenden Stückes in den Milchstall auf dem Grundstück der Anstalt, z. B. in den Isolierstall der Anstalt, also durch den Käufer, nicht aber durch den Verkäufer geschieht. Denn eine bei dem Verkäufer günstig verlaufene Tuberkulinprobe kann deshalb trotz amtlicher Bescheinigung trügerisch sein, weil es vorkommt, dass gewitzigte Verkäufer eine Vortuberkulinisierung vornehmen, die auch bei positivem Ausfall verhindert, dass eine kurze Zeit nachher angestellte Tuberkulinisierung wiederum positiv ausfällt. Es wäre deshalb eine Tuberkulinisierung etwa 6 Wochen nach Einstellung des Tieres in den Stall der Anstalt nötig; das aber ist eine ausserordentlich rigorose Vorschrift, welche die Leistungsfähigkeit einer Milchkuranstalt überschreitet. Dazu käme eine weitere Tuberkulinisierung nach etwa 6 Monaten, damit die eventuell inzwischen akquirierte Tuberkulose erkannt würde. Da nun nach dem Urteil der erfahrensten Veterinäre die Tuberkuliniserung ein Diagnostikum von praktisch allzugrosser Empfindlichkeit ist, da kleinste Lymphdrüsenherde etc. vorhanden sein können, die für den Genuss der Milch völlig bedeutungslos sind, so ist die Spezialkommission zu folgenden Grundsätzen gekommen:

1. es darf nur Vieh eingestellt werden, das auf sachgemässe Tuberkulineinspritzung nach dem Urteil eines approbierten Tierarztes nicht reagiert hat.

2. Jedes Tier mit Eutertuberkulose oder bei begründetem Verdacht der Eutertuberkulose ist von der Verwendung zur Milchproduktion auszuschliessen.

3. Ebenso ist jedes Tier auszuschliessen, bei dem die klinische Untersuchung eine Erkrankung an Tuberkulose oder den begründeten Verdacht auf Erkrankung an Tuberkulose ergibt.

Nicht minder wichtig ist der Schutz gegen die Uebertragung anderer Krankheiten des Viehes. Die Spezialkommission schlägt hierzu folgendes vor:

1. Die Einstellung einer Kuh in den Hauptstall darf nur erfolgen, nachdem die Kuh 8 Tage in dem Isolierstall der Anstalt beobachtet und von dem Tierarzt für gesund befunden worden ist.

2. Jede erkrankte Kuh ist aus dem Hauptstall in den Isolierstall zu bringen.

3. Bei Verdacht auf Euterentzündung ist die Kuh ebenfalls in den Isolierstall zu verlegen und die Milch nicht eher zu verwenden, als bis eine mikroskopische Untersuchung der Milch den Verdacht beseitigt hat.

4. Jede Kuh, welche weniger als 5 Liter pro Tag liefert, ist ebenfalls in den Isolierstall zu verlegen.

5. Durch den von der Ueberwachungskommission anerkannten Tierarzt ist eine eingehende Besichtigung der Tiere 3 mal im Monat vorzunehmen.

Schliesslich waren Bestimmungen bezüglich des Gesundheitszustandes des Personals zu treffen. Unter Berücksichtigung der schwierigen Personalverhältnisse, unter denen die Milchproduzenten zu arbeiten gezwungen sind, wurde folgende Fassung angenommen: Das mit der Milchgewinnung und Abfüllung beschäftigte Personal muss gesund sein.

Ein weiterer wichtiger Punkt war die Sauberkeit des Melkgeschäftes. Unter Abwägung der in Betracht kommenden Punkte, unter der Berücksichtigung anderer Verordnungen wurde folgendes festgesetzt:

Das Personal muss ein sauberes waschbares Ueberkleid tragen. Im Stall muss genügend Gelegenheit zum Händewaschen sein.

Jeder Melker hat sich vor dem Melken jeder Kuh Hände und Unterarme mit Seife und Wasser zu waschen und an einem sauberen Tuch abzutrocknen.

Das Euter jeder Kuh ist unmittelbar vor dem Melken mit einem sauberen Tuch abzureiben, auf grösste Sauberkeit bezüglich der Einfettung der Hände etc. ist zu achten; der Schwanz der Kuh ist wenn angängig anzubinden. Die ersten Striche dürfen nicht benutzt werden.

Alle mit der Milch in Berührung kommenden Gefässe müssen peinlichst sauber und durch Dampf sterilisiert sein, wie Melkeimer, Sammel- und Messgefässe, Kühler etc.. Ebenso sind die Flaschen und besonders die Flaschenverschlüsse ebenfalls gründlich zu säubern und im Dampf zu sterilisieren.

Das Melken der Kühe und Abfüllen der Milch muss von dem Leiter der Anstalt oder seinem Stellvertreter beaufsichtigt werden.

Die Sauberkeit und Zweckmässigkeit der Gewinnung lässt sich auch an der abgefüllten Milch erkennen und kontrollieren, zumal wenn sie durch entsprechende Kühlhaltung in einem möglichst frischen Zustand erhalten wird. Auf diese Frischhaltung der Milch bis zur Abgabe an den Konsumenten glaubte die Spezialkommision ebenfalls besonderen Wert legen zu sollen. Es wurden deshalb folgende Bestimmungen über die T e m p e r a t u r d e r M i l c h aufgenommen:

Die Milch, welche unmittelbar nach der Gewinnung aus dem

Stall zu entfernen ist, muss sofort auf mindestens 6° C abgekühlt werden und darf während der Aufbewahrung in der Milchkuranstalt 9° C nicht überschreiten; beim Transport auf dem Wagen darf die Milch niemals höhere Temperaturen als 12° C zeigen.

Eine so frisch erhaltene Milch lässt sich aber auch auf ihren Reinheitsgrad bakteriologisch kontrollieren und die Spezialkommission hat keinen Anstand genommen, diese wichtige Kontrollprobe zu akzeptieren. Die Milch ist 3 Mal im Monat bakteriologisch zu untersuchen, derart, dass die auf dem Wagen befindliche Milch durch den Untersucher oder seinen Beauftragten direkt vom Wagen entnommen wird. Der zur Untersuchung Beauftragte hat jeder Zeit das Recht, einem Wagen der Anstalt eine Flasche zur Untersuchung zu entnehmen.

Eine so entnommene Probe darf, nach einem bewährten Verfahren untersucht, eine höhere Keimzahl als 40000 pro Kubikzentimeter nicht zeigen. (Die Kommission behält sich Vorschläge auf Aenderungen dieser Zahl auf Grund der Erfahrungen vor.) Ist ein höherer Keimgehalt festgestellt, so hat die Ueberwachungskommission unverzüglich den Ursachen nachzuforschen.

Wenn ausgedehntere Untersuchungen von Stallproben notwendig sind, so ist dafür den Anforderungen der Ueberwachungskommission Folge zu geben. Ferner ist die Milch 10 mal monatlich auf etwaigen Gehalt an Schmutzbestandteilen zu untersuchen. Der Schmutzgehalt ist nach einem einfachen Sedimentierungsverfahren zu bestimmen; bei 3 stündigem Stehen darf sich aus 1 Liter Milch kein gefärbter Bodensatz absetzen.

Und schliesslich erschien für die Erkennung des Frischzustandes der Milch noch die Einführung der Schardinger-Brandschen Reaktion wünschenswert. Die Milch ist ferner 3 mal monatlich nach Schardinger-Brand zu untersuchen; bei negativem Ausfall dieser Reaktion ist weiter zu prüfen, ob die Milch erhitzt war. Abgesehen von der Unschädlichkeit der Milch und der Reinlichkeit ihrer Gewinnung war besonderer Wert auf die Produktion einer gleichmässig guten Milch zu legen. Die Gleichmässigkeit, die für den Arzt grosse Bedeutung hat, liess sich erreichen, wenn Mischmilch aus einem grösseren Bestand verlangt wurde. Es muss ein grösseres sterilisierbares Mischgefäss vorhanden sein, welches die Mischung der Milch von etwa 10 Kühen gestattet. Oeftere chemische Untersuchungen auf Fettgehalt, gelegentlich Gesamtuntersuchungen sind ferner als Handhabe vorgesehen, um die dauernde Gleichmässigkeit der Produktion zu überwachen. Die Milch ist 10 mal monatlich auf Fettgehalt zu untersuchen, es ist ferner ¼ jährlich eine Gesamtanalyse der Milch vorzunehmen.

Was schliesslich die Güte der Milch betrifft, so wurde davon Abstand genommen, eine bestimmte Rasse vorzuschreiben. Es erschien völlig ausreichend, wenn, wie es in den Vorschlägen der Spezialkommission heisst, die sogen. Niederungsrassen, welche eine weniger gehaltreiche Milch liefern, ausgeschlossen werden. Die Vorschrift der Verwendung einer bestimmten Rasse (z. B. Schweizerrasse) ist praktisch nicht durchführbar, da bei plötzlich eintretender Steigerung des Milchbedürfnisses nicht immer genügender Ersatz der bestimmten Rasse zu beschaffen ist; auch bedeutet diese Vorschrift ausserordentliche Mehrausgaben, die durch die Differenz in der Güte der Milch nicht zu begründen sind. Auch für die Fütterung glaubte

die Spezialkommission sich auf das Verbot bestimmter Futterstoffe beschränken zu sollen, ohne positive Forderungen bezügl. der Futterstoffe zu stellen. Bezüglich der Fütterung, die ja nach der Polizeiverordnung Trockenfütterung sein muss, ist der Ausschluss folgender Stoffe zu verlangen: Kartoffel, Grünfutter sowie alle gärenden Futterstoffe, ferner solche, die bittere Extraktivstoffe oder ätherische Oele enthalten, insbesondere Fabrikrückstände der Brennereien, Brauereien, Zuckersiedereien, Oelschlägereien.

Als minimaler Fettgehalt wurde der Prozentgehalt von 3,3 angenommen. Um Geschmacksfehler der Milch auszuschalten, wurde die Bestimmung über eine Kostprobe in folgender Form aufgenommen: Jedesmal während des Melkgeschäftes sollen Kostproben entnommen werden. Durch Entnahme derselben darf eine Verunreinigung der Milch nicht stattfinden.

Bezüglich der Verwendung der Milch von Kühen vor und nach dem Kalben wurde folgende Bestimmung getroffen: Bezüglich der Rücksicht auf das Kalben ist zu verlangen, dass die Milch trächtiger Kühe dann nicht mehr verwendet werden darf, wenn der Tagesertrag unter 5 Liter bleibt; ferner darf die Milch erst frühestens 8 Tage nach dem Kalben abgegeben werden.

Weiterhin wurde bestimmt, dass die Milch ohne jeden Zusatz und abgesehen von der Abkühlung ohne jede Veränderung in gut verschlossenen Flaschen abgegeben werden muss. Zu den Wasch- und Spülflüssigkeiten für Personal, Vieh oder Gefässe darf ein antiseptischer Stoff nicht zugesetzt werden. Für den Stall wird verlangt, dass er geräumig, luftig und hell sei; er ist mindestens einmal jährlich mit frischem Kalkanstrich zu versehen. Auf möglichste Beseitigung der Fliegen ist Bedacht zu nehmen.

Wenn wegen Maul- und Klauenseuche etc. Sterilisierung der Milch behördlicherseits angeordnet wird, so kann von der Ueberwachungskommission der Vertrieb sterilisierter Milch zugelassen werden; in jedem solchen Falle sind aber sämtliche Konsumenten davon zu benachrichtigen, dass die Milch in sterilisiertem Zustand abgegeben wird.

Schliesslich waren eine Reihe von Bestimmungen nötig, um Täuschungen der Ueberwachungskommission zu verhindern. Einmal erschien es angebracht, von dem Besitzer der kontrollierten Kurmilchanstalt zu verlangen, dass er auf dem Grundstück der Kurmilchanstalt ausschliesslich Kurmlich produziert, und dass er ausschliesslich die in dem Hauptstall der Anstalt gewonnene Milch in den Verkehr bringt. Alle Tiere, die aus irgend einem Grunde nicht zur Milchgewinnung verwendet werden, sind aus dem Hauptstall zu entfernen und in den Isolierstall überzuführen. Durch deutliche Zeichen (z. B. Hornbrand) sind die Tiere kenntlich zu machen. Von jeder Veränderung in dem Personal- und Viehbestand der Anstalt sowie von jeder Verlegung eines Stückes von dem Hauptstall in den Isolierstall oder umgekehrt, ist die Ueberwachungskommission sofort zu benachrichtigen.

Für den Fall, dass ausser Kuhmilch noch andere Kurmilch produziert wird, werden besondere Ställe, besondere Kühler, besondere Abfüllräume verlangt.

Die Vorschriften der Ueberwachungskommission sind in mehrfachen Exemplaren in deutlich lesbarer Schrift im Stalle und im Kühl- bezw. Abfüllraum anzubringen.

Zum Schluss waren folgende Bestimmungen über die Ueberwachungskommission aufzunehmen:

Es wird vom Aerztl. Verein eine Ueberwachungskommission aus 5 Mitgliedern mit dem Recht der Kooptation bis auf 10 für 3 Jahre gewählt. Aenderungen des Bestandes der Ueberwachungskommission sind dem Aerztl. Verein mitzuteilen. Die Ueberwachungskommission bestimmt die Gutachter, Sachverständigen und Untersuchungsstellen, die vom Kurmilchanstaltsbesitzer zuzuziehen und zu honorieren sind.

Bezüglich der Untersuchungen würde es die Spezialkommission im Interesse der Einheitlichkeit für wünschenswert halten, wenn sie an einer Stelle ausgeführt würden. Die Spezialkommission glaubt, dass ein städtisches milchhygienisches Laboratorium hierfür die geeignetste Stelle sei.

Alle Untersuchungsergebnisse sind der Ueberwachungskommission zuzusenden.

In der Kurmilchanstalt ist ein Buch aufzulegen, in welche die Besuche der Mitglieder der Ueberwachungskommission und des Tierarztes einzutragen sind.

Die Tätigkeit der Ueberwachungskommission und die Ausübung ihrer Kontrolle wird durch von ihr aufgestellte Satzungen geregelt, welche der Genehmigung des Aerztl. Vereins bedürfen. Einmal jährlich erfolgt ein schriftlicher Rechenschaftsbericht der Ueberwachungskommission an den Aerztl. Verein.

Die Mitglieder der Ueberwachungskommission üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus.

Der Ausschluss einer Anstalt von der Kontrolle erfolgt auf Antrag der Ueberwachungskommission durch den Aerztl. Verein.

Die schwierige Hauptfrage, ob die Stellung unter Kontrolle des Aerztl. Vereins prinzipiell einer Milchkuranstalt vorzubehalten sei, oder ob die Kontrolle auf alle diejenigen Kurmilchanstalten auszudehnen sei, die den Anforderungen des Aerztl. Vereins entsprechen, führte die eine Hälfte der Spezialkommission zu folgendem Beschluss:

Jede Kurmilchanstalt, welche sich schriftlich verpflichtet, den von der Ueberwachungskommission gestellten Anforderungen zu entsprechen, kann vom 1. Oktober 1908 ab in die Kontrolle des Aerztl. Vereins einbezogen werden.

Zu diesem Zweck muss sie sich während eines Monats unter die provisorische Kontrolle der Ueberwachungskommission, welche der definitiven Kontrolle völlig entspricht, stellen; über diese provisorische Kontrolle darf die Milchkuranstalt keinerlei Veröffentlichungen machen.

Wenn durch die einmonatliche provisorische Kontrolle festgestellt ist, dass

1. die betreffende Kurmilchanstalt täglich im Durchschnitt mindestens 200 Liter Kurmilch produziert,

2. der Betrieb und die Einrichtung der Anstalt den Anforderungen der Ueberwachungskommission entspricht,

3. wenn die Kommission die Ueberzeugung gewonnen hat, dass die dem Betrieb verantwortlich vorstehende Persönlichkeit, nach ihrer Persönlichkeit und Kenntnissen Gewähr dafür bietet, dass die festgelegten Bestimmungen durchgeführt werden,

so ist die Uebernahme der Kurmilchanstalt unter die definitive Kontrolle von der Ueberwachungskommission beim Aerztl. Verein zu beantragen.

Alle unter der Kontrolle des Aerztl. Vereins stehenden Kurmilchanstalten haben die Kurmilch zu demselben Preis zu verkaufen. Die Festsetzung des Preises unterliegt einer Vereinbarung der kontrollierten Kurmilchanstaltsbesitzer. Das Stimmenverhältnis ergibt sich nach der Grösse des Betriebes.

Die kontrollierten Kurmilchanstalten dürfen keinerlei Veröffentlichungen oder Reklamen machen, welche nicht von der Ueberwachungskommission genehmigt sind.

Die andere Hälfte der Spezialkommission kam zu folgendem Beschluss: Die Kontrolle des ärztlichen Vereins erstreckt sich nur auf die Frankfurter Kurmilchanstalt.

Diese Bestimmungen treten spätestens am 1. April 1908 in Kraft.

Die Spezialkommission hofft, dass es ihr gelungen ist, den Mittelweg zu finden zwischen den hohen Anforderungen, welche heute an eine Vorzugsmilch gestellt werden und dem praktisch Durchführbaren. Erhebliche Mengen guter Milch werden nur produziert werden können, wenn den Produzenten nicht übermässige und zu drückende Auflagen gemacht werden. Es ist also darauf Bedacht genommen worden, im wesentlichen solche Bestimmungen aufzunehmen, die sowohl im Interesse der Konsumenten wie auch im richtig verstandenen Interesse der Produzenten liegen. Die Spezialkommission hofft, dass sich der Aerztl. Verein den einstimmig gefassten Ausführungen anschliesst.

Gleichzeitig bittet die Kommission, zuerst die Frage zu beraten, über welche eine Einigung nicht zustande gekommen ist, — ob nämlich, wie bisher, nur die Frankfurter Kurmilchanstalt kontrolliert werden soll, oder aber, ob unter den angegebenen Bedingungen vom 1. Oktober 1908 an auch andere Kurmilchanstalten zur Kontrolle zugelassen werden.

Diskussion: Herr Hirschberg empfiehlt für die Diskussion als Vorfragen: 1. liegt ein Bedürfnis vor, das tägliche Milchquantum von 1000 Liter Kurmilch, das die eine Anstalt liefert, zu erhöhen? 2. wenn ja: Kann der Verein mehrere Anstalten wirksam kontrollieren? Er verneint beide Fragen und ist für Aufrechterhaltung des bisherigen Zustandes.

Der Vorsitzende dankt unter dem Beifall der Anwesenden der Kommission für die fleissige Arbeit und eröffnet die Debatte.

Für die Kontrolle mehrerer Kuranstalten sprechen die Herren E. Cohn, Deutsch, Rosenhaupt, Neisser, Eiermann, Flesch; für die Kontrolle einer Anstalt, den bisherigen Zustand, die Herren Cuno, Scholz, Sippel, R. Stern.

Alsdann wird der nachfolgende Brief des verstorbenen Herrn Victor Cnyrim verlesen. Auf dem Umschlag steht:

> Dem Herrn Vorsitzenden des Aerztlichen Vereins zu übergeben, mit der Bitte, das einliegende Schriftstück im Verein zu verlesen, falls diesem ein Antrag vorliegen sollte, die von ihm über die „Frankfurter Milchkuranstalt" geübte Kontrolle auf ein Konkurrenzunternehmen auszudehnen.
> April 1903. Dr. V. Cnyrim.

Der Brief selbst lautet:

An den Aerztl. Verein zu Frankfurt a. M

Das Folgende schreibe ich für eine Zeit, in der ich nicht mehr am Leben sein werde, oder in der ich, sei es durch Krankheit, sei es durch

Alter, verhindert bin, an den Sitzungen des Aerztl. Vereines teilzunehmen. Ich möchte auch dann noch von dem Verein gehört werden in einer Frage, die mir sehr am Herzen liegt.

Wiederholt sind im Aerztl. Verein Stimmen laut geworden dagegen, dass für die Versorgung der Frankfurter Einwohner mit hygienisch einwandfreier Milch der Verein seine Kontrolle und damit seinen Schutz auf die „Frankfurter Milchkuranstalt" beschränke. Es mag da gelegentlich der Wunsch gewaltet haben, einem bestimmten sonstigen Unternehmen aufzuhelfen, andere Male aber hat unzweifelhaft der wohlmeinende und an sich gerechtfertigte Gedanken zu Grunde gelegen, den Bezug guter Milch einem möglichst grossen Teil unserer Bevölkerung zugänglich zu machen. Sollte jedoch aus dieser Auffassung heraus ein entsprechender Antrag im Verein auftauchen, so könnte ich nicht umhin, demselben entschieden entgegen zu treten.

Der Aerztl. Verein hat der „Frankfurter Milchkuranstalt" eine Art von Monopol erteilt. Monopole sind im allgemeinen nicht rationell, weil die beste Bürgschaft für eine gute Ware darin liegt, dass bei freier Konkurrenz jeder Produzent sich bemühen muss, das Beste für möglichst geringen Preis zu liefern. Dabei wird jedoch vorausgesetzt, dass der Käufer imstande ist, mehr oder weniger ausreichend die Qualität und den Wert der Ware zu beurteilen. Diese Voraussetzung trifft bezüglich der Milch nicht zu, denn weder nach dem Ansehen oder Geschmack, noch auch — und vielleicht am wenigsten — nach den Resultaten der chemischen Analyse, lässt sich die hygienische Beschaffenheit der Milch genügend erkennen. Die einzige entscheidende Probe liegt in der Bekömmlichkeit der Milch und ihrem nutritiven Erfolg bei Kindern und Kranken, eine Probe, deren Ergebnisse dem Käufer und oft auch dem einzelnen Arzt nur mangelhaft zur Verfügung stehen. Die Vorzüglichkeit der Anstaltsmilch ist nun eine unzweifelhafte, u. a. festgestellt durch eine Enquete, bei welcher — vor einer Reihe von Jahren — Fragebogen an alle hiesigen Aerzte versendet worden waren. Die Autorität des Aerztl. Vereins veranlasst eine Anzahl von Konsumenten, für diese Milch einen höheren, als den sonst üblichen, Preis zu zahlen.

Wollte nun ein Unternehmer, der unter die Kontrolle des Aerztl. Vereins gestellt zu werden wünschte, sich anheischig dazu machen, dass er genau nach dem Programm der Milchkuranstalt verfahren werde, und wäre er darauf bedacht, dies ernstlich und ehrlich zu tun, so würde er schwerlich die Milch billiger als die Milchkuranstalt liefern können. In diesem Falle hätte aber das Publikum und hätten die Aerzte kein Interesse daran, dass eine zweite solche Anstalt gegründet würde, so lange die erste vollauf imstande ist, der vorhandenen Nachfrage zu genügen. Es würde sich aber alsbald ergeben, dass die beiden Anstalten finanziell nicht neben einander bestehen könnten.

Da das letztere ohne Zweifel dem Unternehmer selbst klar sein würde, so müsste man seinen Versprechungen mit Misstrauen begegnen. Wahrscheinlicher wäre es auch unter allen Umständen, dass er von vorneherein oder nach einiger Zeit versuchen würde, der „Frankfurter Milchkuranstalt" durch Unterbietung den Rang abzulaufen. Dann müsste er Ersparungen an den Produktionskosten der Milch machen. Ich möchte nicht unter denen sein, die ein solches Unternehmen zu kontrollieren hätten. Die Kollegen, die jahrelang der Ueberwachungskommission der Milchkuranstalt angehört haben,

wissen aus Erfahrung, dass die Möglichkeit der Kontrolle eine beschränkte ist, und dass es sich grossenteils darum handelt, die Vertrauenswürdigkeit des Leiters der Anstalt zu erproben, auf die man sich in vielem verlassen muss.

Tadellosen Beitrieb wird man von dem Konkurrenten, der an den Produktionskosten zu sparen hat, nicht erwarten dürfen, folglich auch nicht die Lieferung einer Milch von wirklich vollkommener Qualität. Die in dieser Beziehung gehegten Hoffnungen würden sich nicht erfüllen! Wohl aber würde die Milchkuranstalt dann von der Höhe ihrer Leistungen heruntersteigen. Denn falls der Aerztl. Verein sie auf die Konkurrenz verweist, gegenüber einem Unternehmer, der die Milch zu geringerem Preis anbietet, so muss sie den ihrigen ebenfalls entsprechend herabsetzen und zu dem Zweck ihre Betriebskosten vermindern. Wahrscheinlich würde zunächst in Wegfall kommen, dass der Leiter als Sachverständiger persönlich in den Alpen, unter mühevollem Suchen und für hohe Preise, die besten Tiere ankauft. Statt dessen würde man sich, gleich anderen, des Händlers bedienen und dabei unwillkommenen Täuschungen ausgesetzt sein. Aber auch sonst müsste noch an den Produktionskosten der Milch gespart werden, und die Ergebnisse der Anstalt würden sicher Schaden leiden bezüglich der Qualität und der Zuverlässigkeit ihres Produktes.

Schon oft habe ich im Aerztl. Verein betont, dass meines Wissens in allen Städten, ausser in Frankfurt, die Unterhaltung einer Milchkuranstalt, ähnlich der unsrigen, regelmässig gescheitert ist. Ich habe auch wiederholt erzählt, dass, als unsere Anstalt ins Leben trat, der sehr urteilsfähige (inzwischen verstorbene) Kollege Max Getz mir sagte: „Etwas so gutes kann sich in Deutschland auf die Dauer nicht halten — das wird billig und schlecht nachgemacht, und daran geht es zugrunde.“ Die Anstalt hat aber bei uns Bestand, weil sie immer ihrem Programm treu blieb und für den ihr dadurch aufgenötigten höheren Preis der Milch durch den Aerztl. Verein geschützt wurde. Fällt dieser Schutz weg, darf die Anstalt nicht mehr, wie es ihr nach dem dankenswerten Antrag des Herrn Kollegen Marcus gestattet worden, sich durch öffentliche Anzeige auf ihre Sonderstellung berufen und soll sie statt dessen mit einem gleichfalls vom Verein empfohlenen Unternehmer konkurrieren, der billigere Milch liefert, so folgt der Verein dem Beispiel jener anderen Städte, und er reisst einen Bau ein, den er zum Segen der Frankfurter Einwohnerschaft begründet und durch lange Zeiten erhalten hat.

Als massgebend kann für den Aerztl. Verein natürlich nur gelten der Vorteil der Gesamtheit, aber soweit es mit diesem nicht in Widerspruch steht, wird man eventuell auch die Verdienste in Anschlag bringen dürfen, die sich die „Frankfurter Milchkuranstalt“ bisher erworben hat, und den schuldigen Dank dafür, dass ihr Leiter, abhängig von den Meinungen der Ueberwachungskommission, in stetem Kampf gegen unlauteren Wettbewerb, unter vielfachen Anfeindungen und selbst gehindert durch Mangel an Verständnis und durch Uebelwollen von seiten mancher Aerzte, einen dornenvollen Weg gegangen ist.

Frankfurt a/M., im April 1903. Dr. V. Cnyrim.

Nachtrag.

Ein sehr angesehener Frankfurter Kollege hat mir einmal geschrieben, dass er zu seinem grossen Bedauern die „Frankfurter Milchkuranstalt" nicht mehr unterstützen könne, da sie nicht mit der Zeit fortgeschritten sei und die Sterilisierung der Milch nicht eingeführt habe. Ich könnte ihm antworten, dass soeben die Abhandlung von Flügge erschienen sei, die über die Sterilisierung den Stab brach, und unter Hinweis auf dieses Beispiel sagte ich, die Milchkuranstalt tue wohl recht daran, ihr bewährtes Verfahren nicht so leicht zu Gunsten von Neuerungen aufzugeben. Es liegt mir fern, den Kollegen entgegenzutreten, die nach ihren Erfahrungen die Biedertsche, Gärtnersche, Backhaussche Milch oder anderes empfehlen, aber ich darf doch meine Ueberzeugung aussprechen, dass, wenn überall solche Milch, wie die unserer Anstalt, zur Verfügung stände, man wahrscheinlich nicht daran gedacht hätte, jene anderen Ersatzmittel für Frauenmilch auszusinnen, und dass, wo es an derartiger Milch nicht fehlt, man immer wieder auf dieselbe zurückkommen wird. Möchte das Gut, das die Frankfurter Einwohner und ihre behandelnden Aerzte besitzen, ihnen nicht wieder genommen werden!

V. Cnyrim.

Die Debatte wird darauf geschlossen.

Herr Vohsen bringt nunmehr folgenden genügend unterstützten Antrag ein: Der ärztliche Verein übt in Zukunft keine Kontrolle mehr über die Milchkuranstalt aus und macht von diesem Beschluss den städtischen Behörden Mitteilung mit dem Ersuchen, an seiner Stelle vom 1. Oktober 1908 ab die Kontrolle auszuüben.

Herr Neisser bemerkt hierzu, dass die Kommission in dieser Frage den Standpunkt der Beibehaltung der Kontrolle durch den Verein einnimmt. Der Antrag Vohsen soll in der Sitzung vom 11. November mit der Fortsetzung der Beratung behandelt werden.

Ordentliche Sitzung vom 4. November 1907, abends 7 Uhr im Hörsaal der Senckenbergischen Bibliothek.

Vorsitzender: Herr Sippel.

Schriftführer: Herr Seligmann.

Herr E. Albrecht: **Demonstrationen aus dem pathologischen Institut.**

Diskussion: Herr Wild fragt an, ob sich in dem Fall von Asthma bronchiale anatomische Veränderungen der Bronchialwandungen gefunden haben; er glaubt, dass echtes Bronchialasthma durch die Veränderungen am Herzen nicht erklärt werden können.

Herr **Edinger** berichtet über einen Fall von **Hypophysentumor**, bei dem es möglich war, die Diagnose sehr früh zu stellen. Bei der Kranken, welche wegen mässiger doppelseitiger Schläfenkopfschmerzen Rat suchte, liess die enorme Vergrösserung der Nase, welche in den letzten zwei Jahren aufgetreten war, an Akromegalie denken. Andere Zeichen dieser Krankheit, auch bilaterale Hemianopsie, waren aber noch nicht da, hingegen stellte sich heraus, dass vor zirka zwei Jahren die Menses bei der 42jährigen Frau weggeblieben waren, dass wiederholt, ohne nachweisbaren Grund Zucker im Harn bis zu 7 und 9 Proz. aufgetreten und auch wieder verschwunden war. Das Röntgenbild des Schädels ergab dann in der Tat eine helle nussgrosse runde Lichtung an der Sella turcica, welche viel mehr als die doppelte Breite einer normalen Sella hatte. Höchst wahrscheinlich sind alle die Symptome durch einen Tumor bedingt. Erhebliche Drucksymptome ausser ganz mässigem Kopfschmerz werden von demselben nicht erzeugt.

Herr **Kohnstamm und Quensel**-Königstein i. T. zeigen Präparate des von K. (Deutsche Neurologische Gesellschaft 1907) sogenannten **Centrum receptorium (= sensorium) medullae oblongatae.**

1. Marchipräparate, in denen ausgedehnte Endigungen der gekreuzt aufsteigenden Spinalbahn in der Formatio reticularis zu sehen sind.

2. Nisslpräparate mit reaktiven Tigrolysen an derselben Stelle, die im Anschluss an eine gleichseitige Mittelhirnverletzung aufgetreten sind.

Damit ist das schon vorher geforderte anatomische Substrat gegeben dafür, dass die gekreuzt sensible Leitung für Temperatur und Schmerzsinn aus der grauen Substanz des Rückenmarks und der spinalen Trigeminuswurzel zur Verfügung stehen:

1. die gekreuzte nicht unterbrochene spino-thalamische Bahn,

2. Fibrae cruciatae spino-reticulares mit Fortsetzung in einen Tractus incruciatus bulbo-thalamicus (= reticulo-thalamicus), der

ebenso wie die ununterbrochene spino-thalamische Bahn im Centrum receptorium (= sensorium) des Thalamus endigt.

Von diesem Centrum receptorium thal. opt. entspringt das ungekreuzte thalamo-corticale System, sodass Hirnrinde und Körperhaut durch eine nur im Eintrittsniveau ins Zentralnervensystem gekreuzte Bahn verbunden erscheinen. Sowohl die Fibrae spino-thalam. wie die Fibrae spino-reticulares verlaufen im Tract. antero-lateralis ascendens unserer Terminologie, dessen spinozerebellarer Anteil als Gowersscher Strang bezeichnet wird. Damit erscheint die Hauptfrage der zentralen Temperatur- und Schmerzleitung befriedigend gelöst.

Herr **Vohsen** demonstriert: 1. Bronchoskopisch entfernter **Fremdkörper aus dem rechten Bronchus.** Der untere Teil einer Doppelkurette löste sich bei einer Probeexzision aus seiner Schraubenmutter. Bei dem Kranken, dessen Larynx zur Hälfte exstirpiert war, konnte die obere Bronchoskopie nur mit einer sehr dünnen Röhre vorgenommen werden, durch die der Fremdkörper nicht nachgewiesen werden konnte. Eine vorgelegte Röntgenaufnahme zeigte ihn im rechten Bronchus. Nach Wiedereröffnung der alten Tracheotomienarbe gelang die Extraktion durch untere Bronchoskopie. Der Fremdkörper sass etwa 3 cm jenseits der Bifurkation.

2. Patient von 23 Jahren mit vor 11 Tagen operiertem **Sarkom der linken Tonsille.** Der kleinapfelgrosse Tumor wurde mit den metastatisch erkrankten Lymphdrüsen nach einer neuen Methode der temporären Resektion des Unterkiefers entfernt. Der Unterkiefer wird vor dem Masseter schräg durchtrennt, mit dem Resektionshaken hinter dem Kieferwinkel stark nach vorn gezogen und so Raum geschaffen, um ohne Unterbindung eines grösseren Gefässes, mit Ausnahme der Facialis posterior und ohne Trennung eines Muskels oder wichtigeren Nerven die seitliche Pharynxwand freizulegen. Eine genauere Schilderung des Verfahrens, das am Präparat erläutert wird, erfolgt anderwärts.

Herr **Theodor Neubürger: Ueber die Inokulationsmethode Wright.**

Herr Neubürger hebt unsere durch bakteriologische Forschung und genaueres Studium der Wirkung der Gifte veränderte Auffassung von Entstehung der Krankheiten und deren Heilung hervor. Er betont das Heilprinzip, durch Schaffen einer milderen Krankheit vor einer schwereren zu schützen, durch Einführen abgeschwächter Krankheitserreger in den Organismus den Verlauf einer Krankheit zu modifizieren und abzukürzen. Als hervorragenden Vertreter dieses Prinzips bezeichnet er den als Forscher und Arzt gleich bedeutenden Sir A. E. Wright in London. Wrights Versuche, Beobachtungen und Erfahrungen über Inokulation mit Staphylokokkus-, Streptokokkus-, Gonokokkus-, Bacterium coli-, Koliabarten- und Tuberkelbazillusvakzine haben für Praxis und Wissenschaft einen um so höheren Wert, als sie an Menschen gemacht und geprüft sind.

Wright befreit den Organismus von der Krankheit, die diesen befallen hat, dadurch, dass er ihn gegen den schädigenden Krankheitsbazill und dessen Folgen aktiv immun macht. Seinem Verfahren legt er nachstehende Beobachtungen zu grunde.

Wenn Bakterien in das Blut eines tierischen Organismus gelangen, so hat das Blut die Eigenschaft, durch Stoffe, Opsonine, die es enthält, die Bakterien so zu verändern, dass sie von den Leukozyten zum Teil aufgenommen, verzehrt werden, die Phagozytose wächst.

Diese Eigenschaft steigert sich, die Erzeugung der Opsonine nimmt zu, wenn man kleinste Mengen der aus einer Reinkultur gewonnenen gleichen Bazillen subkutan dem betreffenden Organismus einverleibt.

Je mehr sich die Bildung der Opsonine erhöht, desto mehr Bakterien werden von den Leukozyten zerstört, desto besser für den Kranken, den der zunehmende Opsoningehalt des Blutes schliesslich heilt.

Bei einem Kranken können nun die Opsonine vermindert, oder vermehrt, aber nie konstant in normaler Menge vorhanden sein. In höchst sinnreicher Weise weiss Wright dieses festzustellen: er mischt gleiche Volumina Bakterienaufschwemmung, Leukozyten und Blutserums sowohl von dem Kranken wie von dem Gesunden, zählt die phagozytierten Bakterien in einer gewissen Anzahl Leukozyten bei beiden und bestimmt dadurch das Verhältnis des Opsoningehaltes im Blute des Kranken und Gesunden.

Nehmen wir beispielsweise an, dass der Kranke an Bacterium coli leide, so stellt Wright eine Reinkultur des dem Kranken entnommenen Bacterium coli dar, tötet sie ab und mischt Bakterien, das dem Blute des Kranken entnommene Serum und weisse Blutkörperchen in gleichen Teilen in einer Glaskapillare, die eine Viertelstunde der Blutwärme im Brutschrank ausgesetzt bleibt. Das gleiche tut er mit den Bakterien, dem dem Blute Gesunder entnommenen Serum und weissen Blutkörperchen. Er fixiert und zählt nun in einer bestimmten Anzahl Leukozyten die phagozytierten Bakterien.

Die hierbei erhaltene Zahl der phagozytierten Bakterien dividiert durch die Anzahl der gezählten Leukozyten nennt Wright phagozytären Index.

Das Verhältnis des phagozytären Index des Kranken zu dem des Gesunden bezeichnet er als opsonischen Index.

Der opsonische Index erleichtert die Diagnose der Krankheit und bei der Kur leitet neben der klinischen Beobachtung

die Kurve der opsonischen Indizes als Massstab des Opsoningehaltes des Blutes die Inokulationsbehandlung des Kranken. Diee Kurve lehrt uns zugleich, ob wir die Menge der einzuimpfenden Bakterien beibehalten, steigern oder vermindern und wann wir die Impfung wiederholen sollen; in der Periode der Verminderung der Opsonine nach der Inokulation, Wrights negativer Phase, darf nicht geimpft werden.

Selbstredend kommt für den Arzt auch die Reaktion des Organismus gegen die Impfung, das Fieber, in Betracht, und muss die Stärke des Vakzins mit davon abhängig gemacht werden.

Besonders zweckmässig für die Diagnose erweist sich der opsonische Index in Fällen von Autoinokulation. Wright begreift darunter den Vorgang, wo nach starker Bewegung, Massage oder Bierscher Stauung der opsonische Index gegenüber dem betreffenden Mikroorganismus gesteigert wird.

Dies beruht anscheinend darauf, dass hierbei aus dem Krankheitsherd losgelöste Mikroorganismen in das Blut gelangen und Bildung von Opsonin veranlassen.

Der Vortragende erblickt praktisch und wissenschaftlich in Wrights Inokulationsmethode einen um so grösseren Fortschritt der Medizin, als er bei seinem Besuche des St. Mary-Hospitals in London sich persönlich von dem überraschenden therapeutischen Erfolg der Invakzination bei tuberkulösen Drüsenschwellungen, Drüsen und Knochengeschwüren, bei Lupus, Sykosis, bei durch Bacterium coli bedingtem Katarrh der Harn- und Gallenblase überzeugte.

Diskussion. Herr Richartz: Ich habe bereits vor zwei Jahren und zwar ebenfalls durch die Liebenswürdigkeit des Autors selbst mich mit dem Wrightschen Verfahren bekannt machen können. Leider überzeugt man sich alsbald, dass die ausserordentliche Kompliziertheit der Methode ihre Ausführung in der Praxis gänzlich ausschliesst. Dagegen habe ich mir seitdem die Wrightschen Mitteilungen insofern zunutzen gemacht, als ich bei Tuberkulose die „Vakzine", i. e, Neutuberkulin, in den von Wright verwendeten minimalen Dosen und in grossen Intervallen, etwa alle 6—9 Tage injiziert habe, wodurch die Kumulierung der negativen Phasen fast sicher vermieden wird. So unvollkommen und ungenau diese Prozedur, (bei der man sich natürlich auch durch das Befinden der Pat. leiten lassen muss) gegenüber den Wrightschen Vorschriften erscheint, so kann ich mit den Erfolgen doch zufrieden sein. Aus Amerika liegen von den letzten Monaten Veröffentlichungen vor, nach welchen bei Furunkulose und Sykosis fast in derselben Weise, wie oben angegeben, mit durchaus gutem Resultate verfahren worden ist.

Herr M. Neisser: Redner erwähnt seine mit Guerrini ausgearbeitete neue Methode der Bestimmung des phagozytären Index. Sie beruht darin, dass die Leukozyten nach der Phagozytose abfiltriert

werden und dass die Zahl der noch freien Bakterien nach Wright bestimmt wird. Die Differenz der Bakterienzahl vor und nach der Filtration dividiert durch die Zahl der Leukozyten ergibt den phagozytären Index.

Herr Treupel hebt zunächst in bezug auf die Behandlung der Tuberkulose hervor, dass er seit Jahren die Tuberkulinbehandlung mit ganz kleinen Dosen ($^1/_{10000}$ mg Alttuberkulin) beginnt und nur langsam unter Vermeidung jeder allgemeinen und lokalen Reaktion steigt. Er sieht nun in dem Wrightschem Verfahren insofern einen grossen Fortschritt, als die Bestimmung des opsonischen Index des Serums neben der sorgsamen klinischen Beobachtung zweifellos einen wichtigen Indikator abgibt für die Wahl des richtigen Zeitpunktes und der rechten Dosis der einzelnen Tuberkulininjektion. Tr. glaubt, dass die Wrightsche Methode gerade in therapeutischer Hinsicht ihre grössten Triumphe feiern wird. Ob auch in diagnostischer Beziehung die Methode rasche und sichere Schlüsse gestatten wird, das scheint ihm noch etwas fraglich im Hinblick auf die sehr heikle Methodik und die Tatsache, dass der opsonische Index bemerkenswerten Schwankungen durch äussere, oft ganz unkontrollierbare Einflüsse zu unterliegen scheint. —Gegenüber einer diesbezüglichen Bemerkung des Herrn Richartz bestätigt Herr Treupel, dass man ohne Schaden unter Umständen die Einzeldosis der Tuberkulininjektion bis zu ½ g und mehr steigern kann.

Herr Richartz erwidert auf die Bemerkung des Herrn Treupel, dass die Auffassung, dass kleinste Dosen in der Tuberkulinbehandlung ausreichen, wohl kaum allgemein akzeptiert ist: auf der heurigen Naturforscherversammlung empfahlen fast sämtliche Redner zu dem Gegenstand, u. a. Lenhartz-Hamburg, Mengen bis zu 500 ja 1000 und mehr Milligramm pro Injektion!

Herr Neubürger: Auf die Bemerkung des Herrn Richartz: Die Bedeutung des Wrightschen Verfahrens beruht auf der Möglichkeit, den Opsoningehalt des Blutes bei den Kranken zu messen; verzichtet man auf den Vorteil dieser Kontrolle, so verliert die Inokulationsmethode ihren Wert. Es will mir nicht wissenschaftlich scheinen, eine erfolgreiche Behandlung zu verlassen, weil deren Ausführung zur Zeit noch Mühe macht. Die Untersuchungsmethode kann vielleicht später vereinfacht, die Untersuchungen könnten eventuell im Seruminstitut gemacht werden. Ich habe angeführt, dass Wright mit einem zehntausenstel eines Milligramms Tuberkulin die Behandlung beginnt und dann nach Bedarf mit der Dosis steigt. Durch irrtümliche Angabe der Fabrik ist in den Wrightschen Publikationen die Dosis fünfmal höher angegeben, als sie wirklich war.

Herrn Treupel habe ich zu erwidern: Es gibt Fälle, und ich habe dafür Beispiele beigebracht, in welchen nur durch Benützung des opsonischen Index die Diagnose ermöglicht wurde. Gegen zufällige Schwankungen des opsonischen Index kann man sich durch wiederholte Bestimmungen desselben bei den betreffenden Individuen sichern.

Ausserordentliche Sitzung vom 11. November 1907, abends 7 Uhr, im Hörsaal der Senckenbergischen Bibliothek.

Vorsitzender: Herr Sippel.
Schriftführer: Herr Seligmann.

1. Interpretation des § 3 der Satzungen. Die Interpretation desselben in dem Sinne, dass auswärtige Aerzte nicht ordentliche Mitglieder werden könnten, wird abgelehnt.

2. Fortsetzung der Diskussion **über die Milchkuranstalt.**

Herr Vohsen begründet seinen Antrag damit, dass der Verein die Arbeitslast der Kontrolle nicht tragen könne, dass ihm Zwangsmittel zur Durchführung fehlten, und dass die Konkurrenz der Anstalt günstig auf die Preisherabsetzung wirken werde. Herr J. de Bary teilt mit, dass eine städtische Behörde, die die Kontrolle dem Verein abnehmen könne, erst in einem Jahre geschaffen werde: das hygienische Institut; er empfehle deshalb Vertagung bis dahin.

Herr E. Cohn vertritt den Standpunkt der Minderheit der Kommission, der für die Kontrolle mehrerer Anstalten durch den Verein ist. Der Verein sei wohl in der Lage, diese auszuführen. Man habe nicht nötig, immer nach der Hilfe der Stadt zu rufen, welch letztere unseren berechtigten Wünschen ohnehin nicht mehr entgegenkommt. Herr Kirchheim: Die sorgfältigen Vorschriften der Kommission liesse sich keine Behörde von uns auferlegen. Diese könnten nur vom Verein selbst durchgeführt werden. Herr J. de Bary: Die Versorgung der Stadt mit Säuglingsmilch steht bevor. Die Anstalt dient alsdann nur noch für Kurmilch und es ist am Platz, sie dafür zu erhalten.

Es wird der Antrag Vohsen abgelehnt, und beschlossen, nur die bisherige Anstalt zu kontrollieren, und zwar nach den nunmehr folgenden Vorschriften.

I. Allgemeine Bestimmungen über den Betrieb.

1. Auf dem Grundstück der Kurmilchanstalt muss ausser dem Hauptstall ein Isolierstall vorhanden sein.

2. Es darf auf dem Grundstück der Anstalt nur Kurmilch produziert werden und zwar darf ausschliesslich die in dem Hauptstall der Anstalt gewonnene Milch in den Verkehr kommen.

3. Alle Tiere, die aus irgend einem Grunde nicht zur Milchgewinnung verwendet werden, sind aus dem Hauptstall zu entfernen und in den Isolierstall zu überführen.

4. Durch deutliche Zeichen (z. B. Hornbrand) sind die Tiere kenntlich zu machen.

5. Von jeder Veränderung in dem Personal oder Viehbestand, sowie von jeder Verlegung eines Stückes aus dem Hauptstall in den Isolierstall oder umgekehrt ist die Ueberwachungskommission sofort zu benachrichtigen.

6. Für den Fall, dass ausser Kuhmilch noch andere Kurmilch produziert wird, sind besondere Ställe, besondere Kühler und Abfüllräume nachzuweisen.

7. Es muss ein grösseres sterilisierbares Mischgefäss vorhanden sein, welches die Mischung der Milch von etwa 10 Kühen gestattet.

8. Die Milch muss ohne jeden Zusatz und, abgesehen von der Abkühlung, ohne jede Veränderung in gut verschlossenen Flaschen abgegeben werden.

9. Zu den Wasch- und Spülflüssigkeiten für Personal, Vieh oder Geräte darf eine antiseptische Flüssigkeit nicht zugesetzt werden.

10. Wenn wegen Maul- und Klauenseuche etc. Sterilisierung der Milch behördlicherseits angeordnet wird, so kann von der Ueberwachungskommission der Vertrieb sterilisierter Milch zugelassen werden; in jedem solchen Falle sind aber sämtliche Konsumenten davon zu benachrichtigen, dass die Milch in sterilisiertem Zustand abgegeben wird.

II. Betreffend Stall.

1. Der Stall muss geräumig, luftig und hell sein; er ist mindestens einmal jährlich mit frischem Kalkanstrich zu versehen; auf möglichste Beseitigung der Fliegen ist Bedacht zu nehmen.

2. Die Einstellung einer Kuh in den Hauptstall darf nur erfolgen, nachdem die Kuh 8 Tage in dem Isolierstall der Anstalt beobachtet und von dem Tierarzt für gesund befunden worden ist.

3. Es darf nur Vieh eingestellt werden, das auf sachgemässe Tuberkulineinspritzung nach dem Urteil eines approbierten Tierarztes nicht reagiert hat.

4. Kühe der sogen. Niederungsrasse dürfen nicht verwendet werden.

5. Jedes Tier mit Eutertuberkulose oder bei begründetem Verdacht darauf ist von der Verwendung zur Milchproduktion auszuschliessen.

6. Ebenso ist jedes Tier auszuschliessen bei dem die klinische Untersuchung eine Erkrankung an Tuberkulose oder den begründeten Verdacht auf Erkrankung an Tuberkulose ergibt.

7. Jede erkrankte Kuh ist aus dem Hauptstall in den Isolierstall zu bringen.

8. Bei Verdacht auf Euterentzündung ist die Kuh ebenfalls in den Isolierstall zu verlegen bis eine mikroskopische Untersuchung der Milch den Verdacht beseitigt hat.

9. Jede Kuh, welche weniger als 5 Liter pro Tag liefert, ist ebenfalls in den Isolierstall zu verlegen.

10. Durch den von der Ueberwachungskommission anerkannten Tierarzt ist eine eingehende Besichtigung der Tiere 3 mal im Monat vorzunehmen.

11. Frühestens 8 Tage nach dem Kalben darf die Kuh zur Milchproduktion wieder herangezogen werden.

12. Folgende Stoffe dürfen nicht verfüttert werden: Kartoffel, Grünfutter, sowie alle gärenden Futterstoffe, ferner solche, die bittere Extraktivstoffe oder ätherische Oele enthalten, insbesondere Fabrikrückstände der Brennereien, Brauereien, Zuckersiedereien und Oelschlägereien.

III. Betreffend Personal, Melkgeschäft und Vertrieb.

1. Das mit der Milchgewinnung und -Abfüllung beschäftigte Personal muss gesund sein.

2. Das Personal muss im Betrieb ein sauberes waschbares Ueberkleid tragen. Im Stall muss genügend Gelegenheit zum Händewaschen sein.

3. Jeder Melker hat sich vor dem Melken jeder Kuh Hände und Unterarme mit Seife und Wasser zu waschen und an einem sauberen Tuch abzutrocknen.

4. Das Euter jeder Kuh ist unmittelbar vor dem Melken mit einem sauberen Tuch abzureiben, auf grösste Sauberkeit bezügl. der Einfettung der Hände etc. ist zu achten; der Schwanz der Kuh ist, wenn angängig, anzubinden.

5. Die ersten Striche dürfen nicht benutzt werden.

6. Alle mit der Milch in Berührung kommenden Gefässe müssen peinlichst sauber und durch Dampf sterilisiert sein, wie Melkeimer, Sammel- und Messgefässe, Kühler etc. Ebenso sind die Flaschen und besonders die Flaschenverschlüsse gründlich zu säubern und im Dampf zu sterilisieren.

7. Das Melken der Kühe und Abfüllen der Milch mus von dem Leiter der Anstalt oder seinem Stellvertreter beaufsichtigt werden.

8. Die Milch, welche unmittelbar nach der Gewinnung aus dem Stall zu entfernen ist, muss sofort auf mindestens 6° C abgekühlt werden und darf während der Aufbewahrung in der Anstalt 9° C nicht überschreiten; beim Transport auf dem Wagen darf die Milch niemals höhere Temperaturen als 12° C zeigen

IV. Kontrollproben und Untersuchungen.

1. Jedesmal während des Melkgeschäfts sollen Kostproben entnommen werden. Durch Entnahme derselben darf eine Verunreinigung der Milch nicht stattfinden.

2. Die Milch ist monatlich 10 mal auf Fettgehalt zu untersuchen.

3. Die Milch darf nicht weniger als 3,3 Proz. Fett enthalten.

4. Es ist vierteljährlich eine Gesamtanalyse der Milch vorzunehmen.

5. Die Milch ist 10 mal monatlich auf etwaigen Gehalt an Schmutzbestandteilen zu untersuchen. Der Schmutzgehalt ist nach einem einfachen Sedimentierungsverfahren zu bestimmen; bei dreistündigem Stehen darf sich aus 1 Liter Milch kein gefärbter Bodensatz absetzen.

6. Die Milch ist 3 mal monatlich bakteriologisch zu untersuchen, derart, dass die auf dem Wagen befindliche Milch durch den Untersucher oder seinen Beauftragten direkt vom Wagen entnommen wird. Eine so entnommene Probe darf, nach einem bewährten Verfahren untersucht, eine höhere Keimzahl als 40 000 pro Kubikzentimeter nicht

zeigen. (Die Kommission behält sich Vorschläge auf Aenderung dieser Zahl auf Grund der Erfahrungen vor.) Ist ein höherer Keimgehalt festgestellt, so hat die Ueberwachungskommission unverzüglich den Ursachen nachzuforschen.

7. Die Milch ist 3 mal monatlich nach Schardinger-Brand zu untersuchen; bei negativem Ausfall dieser Reaktion ist weiter zu prüfen, ob die Milch erhitzt war.

8. Der zur Untersuchung Beauftragte hat jederzeit das Recht, einem Wagen der Anstalt eine Flasche zur Untersuchung zu entnehmen. Wenn ausgedehntere Untersuchungen von Stallproben notwendig sind, so ist dafür den Anordnungen der Ueberwachungskommission Folge zu geben.

V. Ueberwachungskommission.

1. Es wird vom A. V. eine Ueberwachungskommission aus 5 Mitgliedern mit dem Recht der Kooptation bis auf 10 für 3 Jahre gewählt. Aenderungen des Bestandes der Ueberwachungskommission sind dem A. V. mitzuteilen. Die Ueberwachungskommission bestimmt die Gutachter, Sachverständigen und Untersuchungsstellen, die vom Kurmilchanstaltsbesitzer zuzuziehen und zu honorieren sind.

2. Alle Untersuchungsergebnisse sind der Ueberwachungskommission zuzusenden.

3. In der Kurmilchanstalt ist ein Buch aufzulegen, in welche die Besuche der Mitglieder der Ueberwachungskommission und des Tierarztes einzutragen sind.

4. Die Tätigkeit der Ueberwachungskommission und die Ausübung ihrer Kontrolle wird durch von ihr aufgestellte Satzungen geregelt, welche der Genehmigung des A. V. bedürfen. Einmal jährlich erfolgt ein schriftlicher Rechenschaftsbericht an den A. V.

5. Die Mitglieder der Ueberwachungskommission üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus.

6. Der Ausschluss einer Anstalt von der Kontrolle erfolgt auf Antrag der Ueberwachungskommission durch den A. V.

7. Die Vorschriften der Ueberwachungskommission sind in mehrfachen Exemplaren in deutlich lesbarer Schrift im Stalle und im Kühl- bezw. Abfüllraum anzubringen.

8. Diese Bestimmungen treten am 1. April 1908 in Kraft.

Ordentliche Sitzung vom 18. November 1907, abends 7 Uhr, im Hörsaal der Senckenbergischen Bibliothek.

Vorsitzender: Herr Sippel.
Schriftführer: Herr Seligmann.

Herr **Edgar Goldschmidt: Demonstrationen aus dem pathologischen Institut.**

1. Ein Fall von tödlicher akuter **Chloroformintoxikation.** Hochgradige akute Verfettung von Herz, Leber und Nieren sowie Magen- und Dünndarmschleimhaut nach Exstirpation eines rechtsseitigen Ovarialteratoms bei einem 22 jährigen Mädchen. Reichliche Blutungen in Magen und Dünndarm, auf multiple hämorrhagische Erosionen der Magenschleimhaut zurückzuführen. Beträchtliche Dilatation beider Ventrikel. Typischer Fall von akuter Verfettung der parenchymatösen Organe, wie sie nach Vergiftung durch Chloroform und ähnliche Körper eintritt.

2. Die inneren Organe eines 35 jährigen Küfers, bei dem in der letzten Zeit seines Lebens die Diagnose auf **Pick sches Syndrom** gestellt wurde. Früher längere Zeit Behandlung auf Leberzirrhose; vor 5 Jahren Versuch die Talma sche Operation auszuführen, die aber wegen der Veränderungen im Abdomen nicht möglich war. Typische ausgebildete „Polyserositis" oder richtiger eine Perikardio-Pleuro-Peritonitis fibrosa cum Ascite. Die Organe der Brust- und Bauchhöhle wie in einen Lederkürass eingeschnürt und zusammengedrängt. Im einzelnen findet sich eine schwartige Pleuritis, schwartige fibröse, kalkulöse, obliterierende Perikarditis, fibröse Perihepatitis und Perisplenitis (reichlicher chyliformer Aszites), derbe Netzadhäsionen; fibröse Mediastinitis anterior (feste Einschnürung des Arcus aortae und der Vena cava inferior); ferner eine periportale Zirrhose der Leber in den oberflächlichen, subkapsulären Abschnitten.

Enorme Erweiterung des rechten Vorhofes und der Vena cava inferior.

3. **Tumor des Colon transversum** einer 75 jährigen Frau: hochgradig ulzeriertes, nicht stenosierendes Karzinom im Anfangsteil des Colon transversum. Metastasen in den Lymphdrüsen der Porta und in beiden Leberlappen; ferner im Meso-sigmoideum mit beginnendem geschwürigem Durchbruch in das Darmlumen. Die Leberknoten und der Tumor in der Ileozoekalgegend wurden erst kurz vor dem Tode

gefunden und der Ausgangspunkt war zunächst unklar, denn die Gallenblase, die einen grossen Stein enthielt, war tief hinabgesunken. Erscheinungen von seiten der Gallenblase sowie Stenosenerscheinungen fehlten.

4. **Pankreaskarzinom** von einer 51 jährigen Frau: diffuse schleimige karzinomatöse Peritonitis, ausgehend von serösem Gallertkarzinom im Körper des Pankreas. Der Tumor hatte Walnussgrösse. Im Schwanzabschnitt Zyste und Erweiterung des Ganges. Der Pankreaskopf war frei. Eine Metastase in der linken Niere. Der Tumor war nicht diagnostizierbar, da er seiner geringen Grösse wegen nicht palpabel war; auch funktionell war er nicht nachweisbar, denn Pankreaskörper und Schwanz wurden allmählich ausgeschaltet, während Kopf und Gang erhalten blieben.

5. Mikroskopische Präparate eines Falles von **Diabetes** bei einer 42 jährigen Frau, die im Koma starb. Hochgradige Verfettung und Hyperämie der Nieren; Adipositas und Atrophie des Pankreas. Die Leber auffallend fettarm bei hochgradiger Adipositas des subkutanen Zellgewebes. Ferner Katarrh des Magens und Dickdarms.

Diskussion: Herr Otto Rothschild: Es gingen 6 Jahre Ulcusbeschwerden und 1 Jahr lang Stenosenbeschwerden voraus; daher Diagnose auf gutartige Pylorusstenose. Bei einer kurz vor der Operation vorgenommenen Magenspülung trat folgender Fall ein: Nachdem das Spülwasser wiederholt klar zurückgeflossen war, kam beim Zurückziehen des Schlauches plötzlich eine Menge Mageninhalt. Es wurde deshalb an die Möglichkeit eines Sanduhrmagens gedacht. Bei der Operation fand sich der Magen durch eine zweiquerfingerbreite, tumorartig harte, strahlige Narbe, die etwas pyloruswärts von der Magenmitte gelegen war, zirkulär eingeschnürt. Da der kardiale Sack reichlich gross war und infolge des Narbenzuges nach der Zwerchfellkuppe hin eine Anastomose zwischen den beiden Magenhälften nicht rätlich schien, wurde eine Gastroenterostomie zwischen kardialem Magen und toter Jejunumschlinge gemacht. Die Anastomose funktionierte tadellos. Leider trat 12 Tage post operationem der Exitus infolge Aspirationspneumonie ein.

Herr Sippel bemerkt zu den demonstrierten mikroskopischen Präparaten von akuter fettiger Entartung bei Chloroformspättod, dass der Fall aus seiner Klinik stamme. Bei einem gesunden 22 jährigen Mädchen entsteht Samstags plötzliche Stieldrehung einer grossen Ovarialzyste mit Teratom. Montag nachmittags wird Pat. in die Klinik gebracht, Dienstags früh operiert. Einfachste Operation. Gute Chloroformnarkose, stets an der Grenze des Toleranzstadiums. Baldiges Erwachen nachher. Glatter Verlauf. Das vor der Operation vorhandene Fieber (38,5) schwindet. Guter Puls. Spontane Flatus. Am 2. Abend bei normaler Temperatur unmotiviertes Ansteigen des Pulses. Unruhe und leichte Benommenheit der Operierten. Der vor der Operation normale Urin stark eiweisshaltig. Toxischer Zustand, der sich fortgesetzt verschlimmert. Heftiges Erbrechen zum Teil sanguinolenter Massen. Ikterus. Koma. Leib flach, reizlos. Kochsalzinfusionen sind ohne Wirkung. Freitag früh Exitus. Die von Albrecht vorgenommene Autopsie ergibt als fragliche Todesursache: Chloroformvergiftung.

Diese seltenen Fälle sind noch völlig unaufgeklärt. Vielleicht vermag eine Arbeit von L. Burkhardt (Archiv f. Chir., Bd. 82,

H. 4) etwas zur Aufklärung beizutragen. Nach seinen Tierversuchen vertragen Tiere mit durch Kochsalzinfusion vor der Narkose verwässertem Blute ungleich mehr Chloroform, als die Kontrolltiere. Nimmt man an, dass bei der Operierten, welche infolge der heftigen Schmerzen und des Uebelseins vom Moment der Stieldrehung ab bis zur Operation nichts oder nur sehr wenig zu sich genommen hatte, eine gewiss Wasserarmut des Blutes und der Körpergewebe bestand, so wäre dadurch nach Burkhardts Versuchen eine wesentliche Herabsetzung des Widerstandes gegen die Wirkung des Cloroformgiftes bedingt und eine Erklärung für den Eintritt der Vergiftung gegeben.

Herr **Ad. A. Friedländer**-Hohe Mark bei Frankfurt a. M.:

Vortr. bespricht kurz die Diagnose der Hysterie und ihre Differentialdiagnose gegenüber Neurasthenie und Epilepsie, wie gegenüber jenen nervösen Störungen, die wir bei Anomalien der weiblichen Sexualorgane beobachten, welche hysterischer Natur sein können, aber nicht müssen. Sodann skizziert er die Freudsche Lehre. Er hebt Freuds grosse Verdienste um die psychologische Fundierung der Hysterie hervor, muss aber dann erklären, dass er seinem heutigen Standpunkt, was Aetiologie der Hysterie (und anderer Neurosen) und ganz speziell seine hierauf fussenden psychologischen Anschauungen und die daraus hergeleitete Therapie betrifft, nicht beitreten kann. Er skizziert einige Fälle schwerster Hysterie, wovon einer trotz 22 jähriger Dauer zur Heilung gelangte, und verweist im übrigen auf sein kritisches Referat über die Freudschen Arbeiten im Journal für Neurologie und Psychologie, und auf die Arbeit in der Festschrift für Binswanger (Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurologie 1907).

Diskussion: Herr Leopold Auerbach hat eine nicht unbeträchtliche Anzahl von Psychoanalysen teils erschöpfend, teils bruchstückweise durchgeführt, im allgemeinen ohne Anwendung der Hypnose. Eine Schädigung der Patienten hält er bei korrektem, taktvollem Vorgehen für ausgeschlossen, hingegen hat er die Ueberzeugung gewonnen, dass bei Hysterischen die Ergebnisse skeptisch zu beurteilen sind, weil jene, auch wenn sie möglichst wenig suggestiv beeinflusst werden, vielfach Erinnerungsfälschungen unterliegen. Abgesehen von der romanhaften Ausschmückung, welche einzelne dieser Kindererlebnisse verdächtig macht, und von der Inkongruenz zwischen sexuellem Attentat und dem Charakter sowie sonstigem Verhalten der angeblich beteiligten Personen, ist dem Redner durch den Fall einer mit schwerer Hysterie komplizierten multiplen Sklerose der zwingende Beweis dafür erbracht worden, dass unter Umständen die Folgen einer organischen Erkrankung — hier Paresen und Kontrakturen der Extremitäten, Augenmuskellähmungen, zentrale Skotome — auf emotionelle Faktoren bezogen worden. Hysterische sind einerseits sexuellen Erlebnissen gegenüber abnorm intolerant, andererseits pflegen bei ihnen sich leicht um einen Kern aus der Wirklichkeit geschöpfter affektbetonter Vorstellungen weitere Komplexe illusionärer und gerade mit Vorliebe die Sexualsphäre berührender Ideen zu gruppieren und mit jenen zu verschmelzen. Im Einzelfall ist die Trennung auch für den geübten und nüchternen Untersucher kaum zu

ermöglichen. Auf sichererem Boden bewegt man sich bei den Zwangsvorstellungen nicht hysterischer Individuen. Auffällig ist es schon, dass Zwangsvorstellungen namentlich Onanisten befallen. Häufig erfährt man von dem Patienten spontan etwas von sexuellen Szenen aus früher Kindheit, des öfteren erst bei der Psychoanalyse, aber dann so, dass man nach allem an der Wahrheit nicht recht zweifeln kann. In derartigen Fällen hat Redner, allerdings neben vollständigen Misserfolgen, überraschende Resultate gesehen. Wenn es auch bedauerlich ist, dass Freud durch Masslosigkeit und Uebertreibungen sein Verdienst schmälerte, und wiewohl ihm gegenüber die endogenen Bedingungen der Neurosen in den Vordergrund zu stellen sind, so hat er gleich Bamer sich um die Erforschung pathologischer Assoziationsvorgänge erfolgreich bemüht. Jene Neurologen, welche in Aschaffenburgs Anathema einstimmen, sollten lieber nachprüfen, um sich zum mindesten von der Richtigkeit der objektiven Feststellungen Freuds (Anzeichen von Verdrängung, visuelle Erinnerungsbilder usw.) zu überzeugen.

Herr **Rothschild: Beitrag zur Peritonitisbehandlung.**

Vortr. berichtet über einen Fall von Peritonitis, in dem die kürzlich von Heidenhain empfohlenen intravenösen Adrenalin-Kochsalz-Infusionen direkt lebensrettend gewirkt haben.

40jährige Patientin, vor 3mal 24 Stunden mit appendizitischen Erscheinungen erkrankt. Jetzt Dämpfung und Bauchdeckenspannung der rechten Bauchseite. Hochgradige Schmerzen. Normale Temperatur. Puls: 110.

Da die unaufhörlichen Schmerzen und das Missverhältnis zwischen Temperatur und Puls eine Perforation in die freie Bauchhöhle befürchten lassen, wird sofort zur Operation geschritten. Dieselbe besteht nur im Ablassen des unter starkem Druck stehenden stinkenden Eiters. Wurmfortsatz wird nicht aufgesucht. Drainage. Naht.

Am nächsten Morgen verfallenes Aussehen. Klagen über Schwächegefühl. Puls: 130, klein, unregelmässig. Trotz subkutaner Kochsalzinfusion und reichlicher Kamphereinspritzungen verschlimmert sich der Zustand zusehends. Abends: Facies hippocratica. Ausserordentlich beschleunigte Respiration. Nasenflügelatmen. Puls: 150, flackernd, zeitweise unfühlbar. Hochgradiges Schwächegefühl. Trotz Aussichtslosigkeit weiterer Versuche wird noch eine intravenöse Kochsalzinfusion von 1 Liter gemacht, dem 8 Tropfen einer 1prom. Adrenalinlösung zugesetzt sind. Sofort beginnt sich der Puls zu heben und wird zu einem ausserordentlich kräftigen, exquisit gespannten Puls. Nach vorzüglicher Nacht wird am nächsten Morgen, da wieder erhebliche Pulsbeschleunigung eintritt, nochmals 1 Liter einer Adrenalin-Kochsalz-Lösung infundiert, dieses Mal intramuskulär. Nahezu ebenso eklatanter Erfolg wie tags zuvor. Hiermit war der schwere Kollapszustand dauernd beseitigt. — Der weitere Verlauf war noch durch einen paralytischen Ileus kompliziert, der durch Injektion von 1 mg Physostigmin erfolgreich bekämpft wurde.

Die Adrenalin-Kochsalz-Infusionen haben in diesem Fall direkt lebensrettend gewirkt und ihre Anwendung dürfte sich dringend empfehlen in allen Fällen von fortdauernder Blutdrucksenkung, in denen die üblichen Exzitationsmittel im Stiche lassen.

Diskussion: Herr Heichelheim: Die Herzinsuffizienz bei schweren Infektionskrankheiten, wie Sepsis, Diphtherie, Typhus u. ä., beruht, wie schon lange bekannt, zum grossen Teil auf einer Erschlaffung der Gefässwandungen und Lähmung der Vasokonstriktoren. Deshalb gab man neben den Mitteln, die direkt auf das Herz wirkten, solche mit ausschliesslicher Wirkung auf die Gefässe (Plumb. acetic. etc.). Vor 4 Jahren wurde, besonders von Schedel und v. Tabora das Chlorbarium zu gleichem Zweck empfohlen. Daher ist zu erwarten, dass Adrenalin bei Herzinsuffizienz aller dieser Erkrankungen ebenso wie bei der septischen Peritonitis sehr gute Erfolge zeitigen wird.

Herr Sippel teilt mit, dass er 2 Fälle des Krankenhauses von Sonnenburg kennt, bei denen bereits vor einiger Zeit schwere, bis zur Pulslosigkeit gediehene Kollapszustände mit intravenöser Einspritzung von Suprarenin erfolgreich behandelt wurden. Ferner teilt er mit, dass neuerdings Injektionen von Suprarenin — subkutan, intramuskulär oder in die Substanz des Uterus selbst — gegen Atonie des Uterus empfohlen seien (Neu-Heidelberg). Sie vermögen die atonische Blutung zu stillen und zugleich den durch die Blutung entstandenen Kollaps zu bekämpfen.

Ausserordentliche Sitzung vom 25. November 1907, abends 7 Uhr, im Hörsaal der Senckenbergischen Bibliothek.

Vorsitzender: Herr Sippel.
Schriftführer: Herr Seligmann.

Der Vorsitzende verliest folgenden, von 15 Mitgliedern überreichten Antrag auf Abänderung des § 3 der Satzungen:

§ 3, Abs. 3 soll lauten:

Als ausserordentliche Mitglieder nimmt der Verein auf:
1. Auswärtige Aerzte.
2. Solche Aerzte, welche sich, ohne zu praktizieren, in Frankfurt aufhalten.
No. 3 entsprechend der bisherigen No. 2.
No. 4 entsprechend der bisherigen No. 3.
No. 5 entsprechend der bisherigen No. 4.
No. 6 entsprechend der bisherigen No. 5.
Den sub 2—4 Genannten steht es frei, sich als ordentliche oder ausserordentliche Mitglieder anzumelden. Der letzte Absatz bleibt unverändert.

Herr Eiermann begründet den Antrag als einen Wunsch des Aerzteverbands für freie Arztwahl. Dieser muss ordentliche Mitglieder des ärztlichen Vereins ohne Verzug aufnehmen. Die bisher zwischen Anmeldung und Aufnahme verfliessende Zeit wird zur technischen Vorbereitung und Einführung in die hiesigen Vorschriften für Kassenpraxis benützt. Kann ein auswärtiger Arzt ordentliches Mitglied werden, so kann er knapp vor Beginn des Quartals hierherziehen, so dass diese Vorbereitungszeit wegfällt und Schädigungen der Kassen und Differenzen zwischen Kassen und Aerzten zu befürchten sind.

Nach eingehender Diskussion wird die Beratung vertagt. (Fortsetzung s. Sitzung vom 9. Dezember 1907.)

Ordentliche Sitzung vom 2. Dezember 1907, abends 7 Uhr, im Hörsaal der Senckenbergischen Bibliothek.

Vorsitzender: Herr Sippel.
Schriftführer: Herr Seligmann.

Nachruf für Herrn Hitzel-Homburg v. d. H.

Herr **Jacobsthal: Demonstrationen aus dem Pathologischen Institut.**

1. **Allgemeine Sarkomatose.** Primärtumor, vor 4 Jahren am rechten Fuss exstirpiert. Metastasen in Haut, Lungen, Knochen, Gehirn, Muskulatur, Zunge, Leber, Milz, Nebennieren, Darm. Verbreitungsweg über die rechtsseitigen Inguinaldrüsen, Duct. thoracicus.

2. **Primäres Lungenkarzinom,** entstanden am linken Unterlappen an der Stelle einer alten tuberkulösen Kaverne. Szirrhöse Drüsen (regionär) am Hilus. Umwachsung des N. recurrens. Lymphangitis carcinomatosa. Klinische Einteilung der Lungenkarzinome.

3. **Pankreassteine,** Dilatation des Duct. pancreaticus, Atrophie des Pankreas. Diabetes. Ulzeröse, schnell fortschreitende Tuberkulose.

Herr **H. Rehn** demonstriert in Gemeinschaft mit Herrn **B. Baer Röntgenbilder von künstlich ernährten Säuglingen** aus dem Frühstadium der Barlowschen Krankheit, dem Stadium, wo die Zeichen der hämorrhagischen Diathese noch fehlen. Es finden sich schon zu dieser Zeit die charakteristischen Schatten an der Knochen-Knorpel-Grenze (Femor., Tib., Uln. u. Rad.), welche der persistierenden Verkalkungsschicht entsprechen. Der Stillstand der Einschmelzung ist demnach ein Frühsymptom und von grösster Bedeutung in diagnostischer und therapeutischer Richtung.

Herr B. Baer demonstriert an einer Anzahl von Röntgenbildern aus der Frühzeit der Barlowschen Krankheit die charakteristischen Schatten an der Epiphysenlinie. In einigen Fällen wurden mehrere Aufnahmen im Verlaufe der Krankheit gemacht; es liess sich dabei die allmähliche Abnahme und das spätere Verschwinden der Schatten deutlich feststellen. Interessant ist, dass auch bei einem Falle von hereditärer Syphilis ganz ähnliche Streifen gefunden wurden, während in einem Falle von Myxödem dieselben nicht nachweisbar waren.

Herr **Vohsen: Halbseitige Kehlkopfexstirpation wegen Plattenepithelialkrebs.**

Die Prognose des Kehlkopfkrebses ist eine Frage der Diagnose. Die intralaryngealen Operationen haben die günstigsten Zahlen, da sie bei frühzeitiger Diagnose angewendet werden. Mein Patient, 65 Jahre alt, stand schon 8 Monate in spezialistischer Behandlung; subjektiv nur zunehmende Heiserkeit, keine Schluckbeschwerden. Linke Kehlkopfhälfte immobilisiert in Adduktionsstellung, eine unebene, rötliche Geschwulst des Taschenbandes, auf ihrer Kuppe ulzeriert, die Stimmlippe verdeckend. Rechte Hälfte normal. Keine Drüsen. Die halbseitige Exstirpation wurde vor 4 Monaten ausgeführt. 6 Tage vorher Tracheotomie. Operation mit Trendelenburgscher Kanüle. Es konnte ein Teil des Ringknorpels stehen bleiben. Eine Deckung des Defektes mit Gluckschem Türflügellappen war wegen starker Behaarung des Kranken nicht möglich. Ich bildete aus der unbehaarten Haut der unteren seitlichen Halsgegend einen 1½ cm breiten, 3 cm langen Lappen und vernähte seinen unteren und hinteren Rand mit dem Ring resp. rechtsseitigen Aryknorpel. Dauerschlundrohr nur 4 Tage. Ernährung nach Einführen von obturierenden Tampons. Kanüle nach 4 Wochen entfernt. Schlucken nach 5 Wochen normal. Das Laryngoschisma macht den Patienten keinerlei Beschwerden, es ist nur schwer für die Sonde, gar nicht für Luft durchgängig. Die eingenähte Haut funktioniert als Stimmlippe. Sie hören den Patienten zwar heiser, aber vernehmlich sprechen.

Die Untersuchung des zirkulierenden Präparates im pathologischen Institut ergab den brüchigen Thyreoidknorpel frei, den Aryknorpel invadiert. Ein Stückchen Schleimhaut aus der vorderen Kommissur der rechten Seite, zu diagnostischen Zwecken exzidiert, erwies sich gesund.

Herr **Jul. Vels** demonstriert einen kindsfaustgrossen malignen **Tumor**, der sich unter starker Blutung spontan aus dem Nasenrachenraum eines 35 jährigen Pat. abgestossen hat, wobei der Kranke beinahe erstickt wäre. Es handelt sich um ein rasch wachsendes Sarkom, das seinen Ursprung in der rechten Keilbeinhöhle resp. Siebbeinzellen hat, in welcher Gegend nach Abstossung der Geschwulst eine polypöse Schwellung zu sehen war. Der Tumor wuchs rasch wieder nach unter schweren Druckerscheinungen, so dass trotz der schlechten Prognose die Oberkieferresektion gemacht werden musste.

Herr **Quensel: Zur Pathologie und Therapie der hysterischen Amnesie.** (Erscheint in der Therapie der Gegenwart.)

Anknüpfend an einen besonders demonstrativen Fall retrograder systematisierter Amnesie bespricht Vortr. die symptomatischen Besonderheiten und psychische Genese des Krankheitszustandes, die Bedeutung der psychologischen Betrachtungsweise für die Auffassung der Hysterie im allgemeinen, deren Wert für die Behandlung hysterischer Zustände und den der Hypnose speziell für die Therapie amnestischer Erscheinungen.

Herr Flesch: Ein Gutachten über die Feststellung der Gonorrhöe als Grund zur Scheidung oder Nichtigkeitserklärung der Ehe.

Diskussion: Herr Baerwald: Herrn Fleschs Vortrag ist dankenswert. Es gibt Fälle von Schädigung des inneren weib-

lichen Genitales, welche auf durchgemachter Gonorrhöeinfektion beruhen, ohne dass mikroskopisch Gonokokken in den zugänglichen Schleimhäuten nachweisbar sind. Als Beweis diene folgender Fall, den ich als Sachverständiger vor Gericht zu begutachten hatte. Es handelte sich um eine Pat., welche mir vor Jahren von einem Dermatologen zugesandt war, welcher Gonokokken im Urethralsekret resp. Vaginalsekret nachgewiesen hatte. Es folgten die klinischen Erscheinungen der aszendierenden Gonorrhöe. Trotz Ruhe und adstringierender Behandlung kam es zur Bildung einer grösseren Pyosalpinx, die ich schliesslich in klinische Behandlung nehmen musste und deren operative Entferung sich als notwendig erwies. Am Morgen des Operationstages jedoch erfolgte reichliche Eiterabsonderung aus dem Rektum. Die Pyosalpinx war dorthin perforiert. Nach und nach schwanden die lokalen Schmerzen. Pat. blieb jedoch erwerbsunfähig infolge öfters auftretender Beschwerden. Schliesslich verklagte sie den Mann, von dem sie behauptete infiziert zu sein — und mir wurde vom Gericht die Frage vorgelegt, ob bei der Pat. noch jetzt Gonokokken nachweisbar seien, und ob die Beschwerden, die sie klage, auf Gonorrhöe beruhen. Meine Antwort lautete nach erneuter Untersuchung: Gonokokken sind in den zugänglichen Schleimhäuten nicht nachweisbar, die jahrelange Beobachtung jedoch zwingt dazu, zu erklären, dass die tastbaren Veränderungen an den Eileitern auf die seinerzeit durchgemachte Gonorrhöeinfektion zurückzuführen sind. Hätte diesen Fall ein Arzt zu begutachten gehabt, der ohne Beginn und Verlauf zu kennen, lediglich auf Grund des momentanen mikroskopischen Befundes und der zur Zeit nicht mehr so sehr erheblichen Veränderungen der Tuben urteilt, so hätte er jedenfalls die Frage nicht direkt bejaht.

Herr Flesch erwähnte: Tubargravidität sei eine Folge der Gonorrhöe. Möglich ist anerkanntermassen, dass gonorrhoische Salpingitis dazu disponiert; es gibt aber dafür nunmehr andere Momente, die hier anzuführen zu weit ginge. Richtig ist, dass viele andere Faktoren für die Gonorrhöeinfektion schuldig gemacht werden. So ist mir bei Gericht einmal vom Anwalt des beklagten Mannes vorgehalten worden, das betreffende Mädchen sei nicht von seinem Klienten angesteckt, sondern habe wahrscheinlich als Kind die bekannte Kindergonorrhöe gehabt und die sei wieder aufgetreten. So soll eine etwa 20 Jahre zurückliegende supponierte Vulvovaginitis infantum an späterer florider Gonorrhöe schuld sein!

Herr Benario fragt an, ob nicht eruiert sei, dass der betreffende Ehemann vor der Ehe eine Gonorrhöe hatte. Die Feststellung dieser Tatsache würde die ganze Frage rasch klären.

Herr Neuhürger: Herr Flesch hat so freundlich meiner gedacht, dass ich doppelt bedauere, seinen Standpunkt nicht teilen zu können. Einen anderen Wert hat das klinische Bild von dem Verlauf des Trippers für den Arzt, einen anderen für den Richter. Der Richter bedarf fester Anhaltspunkte, wenn er eine Ehe für nichtig erklären oder scheiden soll. Er verlangt den Nachweis von Gonokokken, falls ihm nicht ein anderes für den Tripper pathognomonisches Symptom angegeben werden kann. Ein solches besteht nicht. Wohin geraten wir, wenn auf das Zeugnis eines Arztes hin, dass bei der Frau im Beginn der Ehe Tripper entstanden sei, nach Jahren Nichtigkeitserklärung oder Scheidung der Ehe erfolgen darf.

Herr Kohn: Obwohl Herr Flesch uns Dermatologen die Kompetenz bei diesen Fragen bestreitet, will ich doch einige sachliche Bemerkungen machen.

Auch wir unterscheiden Gonorrhöe des Mannes und Gonorrhöe der Frau und sehen bei beiden eine chronische und eine akute Form.

Wenn nun ein Mann mit veraltetem, chronischen Tripper — ob in diesem Falle Gonokokken nachgewiesen sind, ist gleichgültig — in den ersten Tagen oder Wochen seine Frau infiziert, so sind wir jedesmal im stande, die Gonokokken bei der Frau nachzuweisen; wir müssen sie nur da suchen, wo sie zu finden sind; zuerst in der Urethra und den Bartholinischen Drüsen, die Schleimhaut der Vagina und gar das Endometrium kommen nicht in Betracht; wenn man die Harnröhre mit dem Finger ausstreicht und das Tröpfchen Eiter, das herausquillt, untersucht, so findet man immer Gonokokken; der Gonokokkus wirkt auf die Schleimhaut einer gesunden, intakten Frau wie ein Experiment, wie eine Impfung; die gesunde, unberührte Schleimhaut gibt den besten Nährboden ab, und da wir diese Tatsache kennen, so geben wir nicht leichtsinnig den Heiratskonsens, sondern sprechen zu unseren Patienten, die einmal eine gonorrhoische Infektion durchgemacht haben, nur von einer Wahrscheinlichkeit, dass sie ihre Frau nicht anstecken; eine Garantie übernehmen wir nicht.

Zu Ricords Zeiten nannte man jeden Ausfluss aus der Harnröhre chaude pisse = Tripper; heute sind wir, dank der mikroskopischen Untersuchung, in der glücklichen Lage, eine Urethritis gonorrhoica, von der Urethritis non gonorrhoica zu unterscheiden. Für uns massgebend ist selbstverständlich der positive Nachweis der Gonokokken; deshalb ist in allen Fällen danach zu suchen.

Ich möchte schliesslich an den Herrn Vortragenden die Anfrage richten, ob der hochbedeutende Frauenarzt, der die betreffende Dame 8 Tage nach der Hochzeit untersucht und die Diagnose „Tripper" gestellt hat, eine mikroskopische Untersuchung vornahm.

Herr Sippel: Die Frage, ob eine Gonorrhöe zu diagnostizieren sei ohne Gonokokkenbefund, fand bereits eine eingehende Erörterung bei der grossen Gonorrhöedebatte auf der Frankfurter Naturforscherversammlung 1896. Sänger stellte damals das Krankheitsbild der „residualen Gonorrhöe" auf und behauptete, bei dem Vorhandensein des von ihm skizzierten Befundes mit Sicherheit im stande zu sein, die Krankheit zu diagnostizieren, auch wenn der Nachweis von Gonokokken nicht oder nicht mehr möglich sei. Neisser widersprach dem bestimmt und stellte den Satz auf: „Ohne den Nachweis von Gonokokken ist keine Gonorrhöe anzuerkennen". Der ziemlich lebhafte Streit blieb unentschieden. Jeder der beiden Redner blieb auf seinem Standpunkt stehen. Die im Laufe der Zeit gemachten Erfahrungen scheinen Sänger insofern Recht zu geben, als das von ihm unter dem Namen „residuale Gonorrhöe" entworfene lokale Krankheitsbild in der Regel die Rückstände oder die Folgen einer vorhanden gewesenen gonorrhoischen Infektion zu bedeuten scheinen. Damit ist aber für die richterliche Entscheidung nichts Sicheres gewonnen. Vor allem ist aus dem Befund der „residualen Gonorrhöe" nichts zu erkennen über den Zeitpunkt der weit zurückliegenden Infektion und über die Quelle derselben. Die von Herrn Flesch zur Vervollständigung des Gesamtbildes noch herangezogenen anamnestischen Angaben vermögen

ebenfalls in dieser Richtung keine einwandsfreie Entscheidung herbeizuführen, denn alle jene subjektiven Beschwerden der Kranken können auch aus anderen Ursachen entstehen. Urindrang und Schmerzen beim Urinieren treten bei einer jung Verheirateten gar nicht so selten auf ohne jede gonorrhoische Infektion. Der mechanische Reiz der Urethra allein durch den Koitus kann dies veranlassen. Der Penis presst und massiert ferner nicht selten Keime anderer Herkunft durch die kurze und relativ weite Harnröhre in die Blase und verursacht hierdurch eine Zystitis. Auch Schmerzempfindungen in der Vulva und in der Tiefe des Beckens werden bei einer jung Verheirateten durch die mechanischen Einwirkungen allein hervorgerufen. Ebenso kann Fluor von eitriger Beschaffenheit sich einstellen, ohne dass Gonorrhöe vorhanden ist. Kompliziert wird die ganze Sache in erheblichem Masse noch dadurch, dass häufig schwer oder gar nicht Gewissheit darüber zu erhalten ist, ob der Verkehr mit dem Manne die alleinige Möglichkeit für eine gonorrhoische Infektion der Frau abzugeben im stande war, oder ob andere Möglichkeiten nicht auszuschliessen sind. Wenn also schon von Vielen dem Krankheitsbild der residualen Gonorrhöe, wie es von S ä n g e r entworfen wurde und wie es in der Hauptsache von Herrn F l e s c h heute wieder angeführt wurde, ein spezifischer Charakter nicht zuerkannt wird, so lässt sich eine einwandsfreie Entscheidung der Frage, ob in einem solchen Fall vor Zeiten die Frau durch ihren Mann gonorrhoisch infiziert wurde, wohl kaum jemals fällen. Einwandfrei werden nur frische Fälle zu beurteilen sein, bei denen sich ein zeitliches Zusammentreffen zwischen Heirat und Erkrankung bestimmt feststellen lässt. In allen diesen Fällen aber finden sich bei der Frau Gonokokken und auch beim Manne wird der Nachweis derselben bei sorgfältigem Forschen wohl stets gelingen.

Ausserordentliche Sitzung vom 9. Dezember 1907, abends 7 Uhr, im Hörsaal der Senckenbergischen Bibliothek.

Vorsitzender: Herr Sippel.
Schriftführer: Herr Seligmann.

Nachruf für den verstorbenen Herrn Moritz Schmidt-Metzler.

Fortsetzung der Beratung des Antrages auf Aenderung des § 3 der Satzungen. (Siehe Prot. d. Sitz. v. 25. Nov. 1907.)
Der Antrag wird einstimmig angenommen.

Vorlage des Entwurfes einer Eingabe an den Magistrat und die Stadtverordnetenversammlung betreffend die Einführung der freien Arztwahl in der Armenpflege.
Die vom Aerzteverband gemäss Vereinsbeschluss entworfene Eingabe wird verlesen wie folgt:
Schon im Jahre 1904 hat der ärztliche Verein an den Magistrat eine Eingabe mit der Bitte um Einführung der freien Arztwahl in der Armenpflege gerichtet, jedoch ist unseres Wissens ein Bescheid bisher nicht erfolgt.
Die freie Arztwahl, die sich schon damals in Frankfurt Anerkennung verschafft und von fast allen in Betracht kommenden Korporationen angenommen worden war, hat es inzwischen auch vermocht, die einzige Krankenkasse, die bis dahin noch fixierte Aerzte hatte, zur Annahme des neuen Systems zu bewegen. Die Eisenbahnbetriebskrankenkasse, die ihrer besonderen Verhältnisse wegen die freie Arztwahl nicht annehmen zu können glaubte, hat sich schliesslich doch bald zu einem Probevertrag entschlossen, nachdem es erst einmal gelungen war, überhaupt Verhandlungen mit dem Aerzteverband für freie Arztwahl herbeizuführen und die Eisenbahnbehörde mit der erprobten Organisation des Aerzteverbandes und der Leistungsfähigkeit seiner Einrichtungen bekannt zu machen. Tatsächlich haben sich auch trotz der besonderen Verhältnisse irgendwelche Anstände bisher nicht ergeben, und beide Teile sind mit dem neuen System zufrieden. Zwar läuft der Vertrag erst seit dem 1. April ds. Js., sodass die festgesetzte Probezeit von 1¾ Jahren erst zum Teil abgelaufen ist. Aber gerade der Umstand, dass sich auch in der ersten Zeit, trotz der Ungewohntheit der Verhältnisse für beide Teile keine Schwierigkeiten ergeben haben, dürfte ganz besonders

für die Leistungsfähigkeit der hiesigen organisierten freien Arztwahl sprechen.

Inzwischen hat sich auch im Juni ds. Js. die Kommission der vereinigten Krankenkassen an die Mitglieder des Magistrates und an die Stadtverordneten mit einer Eingabe gewandt, in der die Einführung der freien Arztwahl in der Armenpflege befürwortet wird. Die vereinigten Krankenkassen stehen schon seit Jahren, die meisten von ihnen schon seit über 14 Jahren im Vertragsverhältnis mit dem Aerzteverband, und so dürfen sie wohl als die besten Kenner und zuverlässigsten Beurteiler der freien Arztwahl in hiesiger Stadt gelten. Daher muss ihrer Befürwortung ein besonderes Gewicht beigelegt werden. Trotzdem ist das Waisen- und Armenamt in seinem auf Ersuchen der Stadtverordnetenversammlung erstatteten Bericht zu dem Resultat gekommen, dass das System der fest angestellten Aerzte den Vorzug verdiene. Es sei uns gestattet, auf diesen Bericht näher einzugehen.

Zunächst beweist das Beispiel Strassburgs, dass, wie ja auch das Armenamt zugibt, die freie Arztwahl in der Armenpflege sehr wohl durchführbar ist und zur allseitigen Zufriedenheit funktionieren kann, und wir sind der Meinung, dass der Zeitraum von über 2½ Jahren, seitdem in Strassburg die freie Arztwahl in der Armenpflege besteht, doch genügen dürfte, um ein Urteil über ihre Wirksamkeit zu gestatten.

Wir wissen durch die direkte Mitteilung des Herrn Stadtarztes Dr. Belin in Strassburg, dass daselbst die freie Arztwahl sowohl in der Aerzteschaft, als auch in der Armenverwaltung grossen Anklang gefunden hat. Klagen von irgendwelcher Bedeutung seien seither nicht erhoben worden. Wenn auch die Verhältnisse in Strassburg von denen der anderen deutschen Städte abweichen, so zweifeln wir doch nicht daran, dass die bewährte Frankfurter Organisation der freien Aerztewahl auch den anders gearteten hiesigen Verhältnissen gerecht zu werden vermag.

Dass im Gegensatz zu Strassburg hier bereits bei allen Kassen- und Sanitätsvereinen freie Arztwahl besteht, kann nur für, nicht gegen deren Einführung auch in der hiesigen Armenpflege sprechen, weil die hiesigen Aerzte durch die schon seit langem eingelebte Organisation des Aerzteverbandes und durch die erzieherische Wirkung seiner straffen Disziplin viele Fehler vermeiden werden, die sonst bei der Neuheit der Verhältnisse unausbleiblich wären. Auch muss, im Gegensatz zu den Ausführungen des Armenamtes, gerade weil hier schon alle Krankenkassen und Familienversicherungen die freie Arztwahl haben, der Anreiz zur Inanspruchnahme armenärztlicher Behandlung gegenüber den Verhältnissen in Strassburg, wo sonst keine freie Arztwahl besteht, vermindert sein und nicht vermehrt.

Die Familienversicherung der Ortskrankenkasse und auch alle übrigen Familienversicherungen würden sich auch jedenfalls sehr gegen die Ansicht des Armenamtes wehren, dass durch sie ausserhalb der Armenpflege das organisiert würde, was in Strassburg durch die Einführung der freien Arztwahl innerhalb der Armenpflege geleistet wird. Diese Parallele zwischen Armenkrankenpflege und Familienversicherungen halten wir für ganz unzutreffend.

Im weiteren führt das Armenamt in seinem Berichte aus, dass, wenn aus prinzipiellen Gründen die freie Arztwahl den Vorzug ver-

diene, finanzielle Rücksichten den Uebergang zu diesem System nicht verhindern dürften. Gleichwohl wird aber die voraussichtliche Steigerung der Ausgaben durch die freie Arztwahl gegen ihre Einführung ins Feld geführt und dabei die höhere Belastung der Krankenkassen durch Verlängerung der Krankheitsdauer, durch Mehraufwand an Krankengeld und grössere Arzneikosten, als etwas Selbstverständliches und sicher bewiesene Tatsache hingestellt. Als Gewährsmänner hierfür dienen die Herren Kohn - Berlin und Frässdorf - Dresden, zwei Männer, die als die leidenschaftlichsten Gegner der freien Arztwahl bekannt sind.

Ihre Auslassungen gegen die freie Arztwahl sind nichts weniger als objektiv, und es ist schon wiederholt nachgewiesen worden, dass in ihren Ausführungen die Statistik in recht willkürlicher Weise gehandhabt wird, gegen die freie Arztwahl sprechende Umstände übertrieben, der freien Arztwahl günstige aber entstellt oder ganz verschwiegen werden. Dabei ist nachgewiesen, dass mehrere grosse Krankenkassen mit freier Arztwahl trotz grösserer Leistungen sparsamer wirtschaften, als die Dresdener Ortskrankenkasse, deren Vorsitzender Herr Frässdorf selbst ist, mit dem System der Bezirksärzte. Die ganz einseitigen und wenig objektiven Ausführungen der Herren Kohn und Frässdorf können kein unbefangenes Urteil über die Wirkungen der freien Arztwahl gestatten und nicht gegen sie ins Feld geführt werden. Zum Beweis hiefür erlauben wir uns die Nummern 623 und 625 bis 629 des „ärztlichen Vereinsblattes", sowie die No. 35 ds. Js. der „Aerztlichen Mitteilungen" beizulegen. In No. 623, Seite 714 des „ärztlichen Vereinsblattes" und auf Seite 561 der No. 35 der „ärztlichen Mitteilungen" werden die Ausführungen der Herren Kohn und Frässdorf auf dem Mannheimer Krankenkassentag widerlegt und in den No. 625 bis 629 des „ärztlichen Vereinsblattes (S. 772, 790, 812, 832) wird das Gutachten des Herrn Frässdorf an den Rat der Stadt Dresden über freie Arztwahl kritisiert. Es geht aus diesen Erwiderungen klar hervor, in wie willkürlicher und tendenziöser Weise die Herren die Tatsachen gruppieren, und wie wenig stichhaltig bei genauerem Zusehen ihre Beweise gegen die freie Arztwahl sind.

Ferner beruft sich das Armenamt darauf, dass fast sämtliche Ortskrankenkassen entschiedene Anhänger des Systems der fest angestellten Aerzte und Gegner der freien Arztwahl sind, und dass sich die Mannheimer und Leipziger Krankenkassenkongresse einstimmig gegen die gesetzliche Einführung der freien Arztwahl ausgesprochen haben.

Zunächst ist dies dahin richtig zu stellen, dass es nicht die Kassen als solche sind, die der freien Arztwahl feindlich gegenüberstehen, sondern die Vorstände resp. Verwaltungen derselben, und ferner haben sich die Krankenkassenkongresse eben hauptsächlich gegen die allgemeine gesetzliche Einführung der freien Arztwahl ausgesprochen, da sie, wie in der Mannheimer Resolution ausdrücklich betont ist, die Wahl des Systems der ärztlichen Versorgung als Angelegenheit der einzelnen Krankenkassen beziehungsweise Verbände betrachten. Gegen die organisierte freie Arztwahl ist aber kein Beschluss gefasst worden. Dass aber für die Gegnerschaft der Kassenvorstände gegen die freie Arztwahl nicht nur finanzielle

Gründe oder die Rücksicht auf die bessere ärztliche Versorgung massgebend sind, ist eine bekannte Tatsache.

Wenn nun hier in Frankfurt gerade die vereinigten Krankenkassen für die freie Arztwahl in der Armenpflege eintreten, so muss das den Ausführungen der Herren Kohn und Frässdorf gegenüber, wenigstens für die hiesigen Verhältnisse, schwer ins Gewicht fallen. Hiezu kommt noch, dass unseres Erachtens die freie Arztwahl nicht nur, wie der Bericht des Armenamtes meint, gewisse Annehmlichkeiten für die Unterstützten hat, sondern dass es schwerwiegende Gründe sind, die für ihre Einführung gerade in der Armenpflege sprechen.

Dass bei der Frage des Systems der ärztlichen Versorgung das Wohl des Kranken in allererster Linie berücksichtigt werden muss, ist wohl selbstverständlich. Nun kann es aber gar keinem Zweifel unterliegen, dass das Vertrauen des Kranken zu seinem Arzte ein nicht leicht zu überschätzender Faktor in der Krankenbehandlung ist. Auch der tüchtigste Arzt wird häufig nur wenig ausrichten können, wenn seine Behandlung nicht vom Vertrauen des Patienten getragen wird. Das fehlt aber sehr häufig beim Zwangsarztsystem. Schreibt doch der Vorsitzende der hiesigen Ortskrankenkasse, Herr Graef, in seiner auch vom Armenamt zitierten Schrift „Aerzte und Krankenkassen" (S. 56), dass die Abneigung gegen den Zwangsarzt sich bei den Kranken oft ins Ungemessene steigere. „Wer es am eigenen Leibe erfahren musste, wie das System der Zwangsärzte unter Umständen wirken kann, wer selbst im Krankheitsfalle lieber den gewählten Arzt und die Medikamente aus eigener Tasche bezahlte, weil er gar kein Vertrauen mehr zu dem Zwangsarzt hatte, den aber andere Kranke wieder lobten, der wird zugeben, dass die Kasse viele Ausgaben durch das System der Zwangsärzte ersparen kann." Diese Aeusserung illustriert zugleich, auf welchem Wege zum Teil die gepriesenen Ersparnisse bei Kassen mit Zwangsärzten zustande kommen. Zweifellos wird die Ansicht Graefs von vielen, wohl den meisten Kassenmitgliedern geteilt, und wir glauben auch, dass bei dem langen Bestehen der freien Arztwahl am hiesigen Platze die Kassenmitglieder dieselbe so schätzen gelernt und sich so daran gewöhnt haben, dass sie nicht mehr abgeschafft werden wird.

Der Bericht des Armenamtes führt ausserdem gegen die freie Arztwahl eine Aeusserung des Herrn Dr. Bergmann in Leipzig an. Wer aber seine prinzipiellen Anschauungen je nach Umständen so oft und gründlich gewechselt hat, wie der genannte Herr, kann als zuverlässiger Beurteiler dieser Frage nicht betrachtet und darf als Kronzeuge für oder gegen eine Ansicht nicht herangezogen werden.

Gleichem Mangel an Vertrauen wie der Zwangsarzt überhaupt begegnen auch häufig die festangestellten Armenärzte. Jeder von ihnen wird bestätigen können, dass nicht selten ihm zur Behandlung zugewiesene Arme entweder gleich nach der ersten Untersuchung oder doch sehr bald wieder aus der Behandlung wegbleiben, weil sie dem Armenarzt, trotz durchaus humaner und sachgemässer Behandlung, von vorneherein Misstrauen entgegenbringen. Nicht selten erfährt man dann später, dass der betreffende Kranke entweder zu sei-

nem Schaden unbehandelt geblieben ist oder dass er die unentgeltliche freie Arztwahl in Anspruch genommen hat, die ihm hier in so reichlichem Masse in den Polikliniken zu Gebote steht, trotzdem er hier die Kosten für Medikamente selbst tragen muss. Es muss aber ausserdem darauf hingewiesen werden, dass gerade bei der hier bestehenden Organisation der Armenpflege die Einheitlichkeit der ärztlichen Behandlung sehr häufig in unliebsamer Weise durchbrochen werden muss. So oft ein Alumne in einen anderen Distrikt verzieht, was ja gerade in diesen Bevölkerungskreisen sehr häufig geschieht, muss er auch den Armenarzt wechseln, und das ist für den Kranken gewiss nicht von Vorteil und wird auch vom Arzt häufig recht unliebsam empfunden. Gerade hier schafft dagegen die freie Arztwahl die Möglichkeit, trotz des Wohnungswechsels die so wünschenswerte Kontinuität der Behandlung zu wahren.

Diesen überaus grossen, im Interesse der Kranken liegenden Vorteilen der freien Arztwahl gegenüber können unseres Erachtens etwaige verwaltungstechnische Schwierigkeiten oder Unbequemlichkeiten nicht ins Gewicht fallen, um so weniger, als wir sicher sind, dass sich bei einem wirklichen Versuch diese Schwierigkeiten als viel geringer herausstellen werden, als man befürchtet, und dass man in dieser Beziehung dieselben Erfahrungen machen wird, wie die Eisenbahnbetriebskrankenkasse. Wenn die Herren Armenvorsteher, denen wohl zum grössten Teil die freie Arztwahl in der Praxis unbekannt ist, erst die Vorteile und die Anpassungsfähigkeit derselben kennen gelernt haben werden, werden sie sich sehr bald mit ihr abfinden und ihren Widerstand dagegen aufgeben.

Schliesslich sind es auch wichtige Gründe, die den ärztlichen Stand veranlassen, allenthalben für die freie Arztwahl einzutreten, und der Bericht des Armenamtes erkennt selbst die Dringlichkeit dieser Gründe an. Der Bericht irrt aber, wenn er meint, dass die Aerzte von der freien Arztwahl eine gleichmässige Verteilung der Praxis und der Einnahmen erhoffen. Die Ungleichheiten in dieser Beziehung werden bei der freien Arztwahl stets ebenso vorhanden sein, wie in der Privatpraxis. Was die Aerzte vor allem durch die freie Arztwahl erreichen wollen, ist nicht der für uns, wie auch das Armenamt selbst anerkennt, relativ geringe Betrag von 20 000 M., sondern ist vor allem die Schaffung der Möglichkeit für jeden Arzt, der hierzu bereit ist, an der Behandlung der weiten Bevölkerungskreise teilzunehmen, für deren ärztliche Behandlung bestimmte Organisationen zu sorgen haben, und ferner der Wunsch, unabhängig zu sein von dem grösseren oder geringeren Wohlwollen von Kassenvorständen und Beamten.

Wir sind hiernach der Ansicht, dass die freie Arztwahl für die ärztliche Behandlung der Unterstützten grosse Vorteile bietet gegenüber dem System fest angestellter Aerzte und daher prinzipiell und aus Gründen der Humanität den Vorzug verdient; dass die der freien Arztwahl von ihren Gegnern gemachten Vorwürfe z. T. unzutreffend, z. T. stark übertrieben sind, und dass insbesondere für die hiesigen Verhältnisse eine übermässige finanzielle Belastung der Stadt und eine Schädigung der Armenpflege nicht zu befürchten ist; dass schliesslich auch das System der freien Arztwahl den Standesinteressen der Aerzte am besten entspricht.

Aus diesen Gründen bittet der unterzeichnete Verein um nochmalige Prüfung der Frage der freien Arztwahl in der Armenpflege und um eventuelle Herbeiführung von Verhandlungen mit dem Aerzteverband.

Der ärztliche Verein zu Frankfurt a. M.
i. A.:
gez.: Prof. Dr. Sippel, Vorsitzender.

Es wird mit grosser Mehrheit beschlossen, die Eingabe als eine solche des Aerztlichen Vereins an Magistrat und Stadtverordnete gelangen zu lassen.

Nach Schluss der Sitzung erfolgt eine Zusammenkunft der an der Sonntagsruhe beteiligten Aerzte, in welcher beschlossen wird, die Namen der diensthabenden Aerzte auch in den Apotheken bekannt zu geben.

Ordentliche Sitzung vom 16. Dezember 1907, abends 7 Uhr im Hörsaal der Senckenbergischen Bibliothek.

Vorsitzender: Herr Sippel.
Schriftführer: Herr Seligmann.

Wahlen:

Es wurden für das Jahr 1908 gewählt: Zum II. Vorsitzenden Herr Laquer, zum II. Schriftführer Herr Scheven.

In den Fünferausschuss: die Herren Benario, Jung-Marchand, Johann J. Schmidt, Siegel, Streng.

In die Kommission zur Ueberwachung der Milchkuranstalt: die Herren A. de Bary und E. Hübner.

Als neue Kommission zur Einvernahme mit dem Gesamtverband gegen den Alkoholismus: die Herren Edinger, Flesch, Hanau, Sioli, Treupel.

Herr **Edg. Goldschmid: Demonstration aus dem pathologischen Institut.**

1. Die Organe eines 18 jährigen Mannes, dessen unteres Tibiadrittel im März 1907 amputiert wurde. Die Diagnose hatte gelautet: **Hyalochondrom** mit teilweise schleimig umgewandelten, wenig verkalkten (geringe Knochenbildung) Abschnitten.

In der Peripherie ist stellenweise der Zellreichtum und die Beschaffenheit der Zellen derart, dass der Uebergang in malignes Chondrom sicher ist. Seit einiger Zeit Atemnot, Schwäche, zunehmender Verfall. Keine Stenosenerscheinungen, kein Auswurf. Beim Versuch der Pleurapunktion geriet die Nadel auf knochenharte Massen. Bei der Sektion fanden sich bis kindskopfgrosse, knochenharte Knoten in den Lungen, dem Zwerchfell und der Pleura, ferner in den Rippen, und ein durch den Tumor verursachter Erguss in der rechten Pleura. Die Metastasen zeigen zum Teil den Typus der Knochenkompakta, zum Teil der Spongiosa, eine kleine Lungenmetastase ist allseitig von Knorpel überzogen. Es handelt sich also um einen deutlich organoiden Tumor. Mikroskopisch wird die Diagnose „Osteochondrosarkom" bestätigt.

2. Das Herz eines 24jährigen Mädchens, das wegen schwerer Tuberkulose zur Sektion kam. Hochgradige, fibrös abgeheilte **Endokarditis der Mitralis.** Am Schliessungsrand des hinteren Zipfels findet sich ein über linsengrosses, bräunlich verfärbtes, im Zerfall begriffenes atheromatöses Geschwür. Im linken Vorhof eine derbe zirkumskripte, etwa zehnpfennigstückgrosse Verkalkung.

3. Eine durch Operation gewonnene **Steinniere.** Das Nierengewebe, das makroskopisch das Bild einer Tuberkulose bildet, erweist sich mikroskopisch als Karzinom, hauptsächlich vom Typus des Adenokarzinoms.

Herr **Scheven demonstriert** einen **Rhinolithen** von Kleinhaselnussgrösse, der dadurch interessant ist, dass sich als Kern des Nasensteins ein Stückchen Steinkohle von der Grösse eines Kirschkerns ergibt; diesem Kern ist eine dicke Schale von Kalk umlagert. Der Nasenstein lag hinten im unteren Nasengang und war von Granulationsgewebe in solcher Masse umwachsen, dass das Bild einer grossen Hypertrophie des hinteren Muschelendes vorgetäuscht worden war. Nach der Anamnese muss das Kohlenstück von dem nunmehr 24jährigen Patienten vor 21 Jahren in die Nase gesteckt worden sein. Patient klagte seit Jahren über eitrigen Nasenkatarrh und Nasenverstopfung.

Diskussion: Herr Daube: Als ich Anfang der 70er Jahre im Bad Salzschlirf und Umgegend Arzt war, wurde mir gelegentlich in einem Dorfe des Vogelsberges ein 4jähriges Mädchen vorgestellt mit Eiterung aus dem rechten Nasengang, welche Eiterung über ein Jahr bestehe. Ich sah in dem Nasengang einen dünnen, porösen Gegenstand, den ich anfangs für ein Stück gangränöser Muschel hielt. Mit der Pinzette erfasst, entwickelte sich ein bandförmiger, grauaussehender, übelriechender, 2 cm breiter und etwa 20 cm langer Hobelspan, der vor einem Jahre in dicht zusammengerolltem Zustand von dem Kind in die Nase gesteckt worden war.

Herr **Treupel: Zur Ophthalmoreaktion.**

M. H.! Im Anschluss an den Bericht, den ich Ihnen vor einigen Monaten über unsere Erfahrungen mit der Konjunktivalreaktion[1]) bei Tuberkulose gegeben habe, erlaube ich mir noch, heute einige ergänzende Bemerkungen zu machen. Wie Schenck und Seiffert[1]) seinerzeit angaben, haben wir zur Anstellung der Reaktion eine aus dem Alttuberkulin „Höchst" für unsere Zwecke selbst hergestellte und jeweils frisch bereitete 1proz. Verdünnung (in 3proz. Borlösung) benutzt. Wir haben auf diese Weise inzwischen noch weitere 100 Fälle geprüft und im Wesentlichen die früheren Angaben bestätigt gefunden. Herr Dr. Schenck wird darüber in einer demnächst in der Deutschen medizinischen Wochenschr. erscheinenden Arbeit ausführlicher berichten. Ich will nur hier kurz bemerken, dass in den Fällen von klinisch ausgeschlossener Tuberkulose, in denen die Ophthalmoreaktion positiv ausgefallen war, auch die nachträgliche probatorische Tuberkulininjektion einen positiven Ausfall gezeigt hat. Dabei trat auch jedesmal die be-

[1]) Dr. Schenck und Seiffert, Münch. med. Wochenschr. 1907, No. 46.

merkenswerte Erscheinung zu Tage, auf die bereits Lenhartz und Cohn hingewiesen haben, dass unter der Einwirkung der probatorischen Tuberkulininjektion an dem Auge, das bei der Einträufelung in den Konjunktivalsack positiv reagiert hatte, neuerdings die frühere Reaktion wiederkehrte.

Das kürzlich von den Höchster Farbwerken hergestellte 1 proz. Tuberkulose-Diagnostikum, das nach den Angaben Calmettes aus der Tuberkulintrockensubstanz gewonnen wird, hat bei unseren Versuchen so intensive, mit Chemosis einhergehende Reaktionen an dem Auge, die gelegentlich mit Allgemeinerscheinungen und leichten Temperatursteigerungen verbunden waren, hervorgerufen, dass wir zur Vorsicht bei der Anwendung dieses Diagnostikums dringend raten möchten. Es ist dieses 1 proz. Tuberkulose-Diagnostikum erheblich toxischer, als die oben erwähnte, von uns selbst aus dem Alttuberkulin gewonnene 1 proz. Verdünnung und kann daher mit dieser nicht verglichen werden.

Auch das auf unsere Veranlassung aus der Trockensubstanz in Höchst hergestellte ½ proz. Tuberkulose-Diagnostikum gibt noch sehr intensive Reaktionen, die auch lange anhalten. Wir möchten daher raten, vorläufig lieber bei Anstellung der Ophthalmoreaktion die aus dem Alttuberkulin selbst hergestellte 1 proz. Verdünnung zu benutzen.

Herr **Harbordt** bespricht nach einleitenden Bemerkungen über die Fortschritte in der Kenntnis der Funktionen des Gehirns seit Hyrtl 5 Fälle von **Trepanation:**

1. wegen Zerreissung der Art. mening. Blutstillung durch mit Tupfer armierten Péan unter dem Verband. Prompte Heilung.
2. wegen Hirnabszess durch infizierte Kopfwunde. Knochen nur oberflächlich verletzt. Diffuse eiterige Meningitis. Tod am folgenden Tag. Bei der Sektion Abszess 1 cm unter der Gehirnrinde.
3. wegen Hydrocephalus int. mit Punktion der Ventrikel.
4. und 5. Entlastungstrepanationen bei Tumor ohne Herderscheinungen, Neuritis opt. Bei der einen Patientin nach vorübergehendem Erfolg im Siechenhaus plötzlicher Tod. Psammom in der rechten 2. und 3. Stirnwindung. Bei der 2. Patientin, die 1 Jahr nach der Operation noch lebt, Besserung für einige Monate, auch jetzt keine sichere Diagnose möglich. Erblindung, zeitweise Anfälle.

Diskussion: Herr S. Auerbach frägt, ob bei dem Hydrozephalus eine Einwirkung der Trepanation auf die Stauungspapille zu konstatieren gewesen sei, ferner, ob bei dem Fall von Tumor des linken Stirnhirns eine Untersuchung auf apraktische Störungen stattgefunden habe. Hartmann-Graz hat nämlich vor kurzem mehrere Fälle von Stirnhirntumoren publiziert, bei denen sich derartige Symptome deutlich konstatieren liessen. Dies lässt hoffen, dass die sonst so schwer oder gar nicht der Diagnose zugänglichen Geschwülste des Frontalhirns in Zukunft leichter erkannt werden.

Herr **Buecheler: Ueber wiederholte Schwangerschaft und Geburt bei Uterus arcuatus.**

Erste Schwangerschaft: 26 jährige, wohlgebaute, gesunde Frau. Infolge von Uterus arcuatus (typische Kartenherzform) dorsoinferiore I. Querlage, die 3 Wochen ante partum jedem äusseren Wendungsversuch widersteht. Vorzeitiger Blasensprung, Kolpeuryse und Me-

treuryse am 3. Tag (6. VI. 06), zuletzt Ballon nach Champetier mit 32 cm Umfang; leichte Wendung, aber solche Starrheit des ganzen Zervikalsegments, dass die noch lange nach der Wendung völlig lebensfrische Frucht — kräftige regelmässige Herztöne — nach Eintritt des Steisses in den Muttermund abstirbt, obgleich die Wehen nur mässig stark, nicht krampfartig, auftreten. In erneuter Narkose Extraktion, wobei der Kopf, in über fingerlangem Durchtrittsschlauch festgehalten, erst nach Perforation entwickelt werden kann. Blutung in der Nachgeburtsperiode, Credé. Vollständige Involution des Uterus, der nach 6 Wochen scheinbar „normal" gefunden wird (Runge).

In der zweiten Schwangerschaft (letzte Regel 28. XII. 06) im 6. Monat Fundus uteri sehr breit; am 8. August wieder typische Querlage, genau wie in der 1. Schwangerschaft. Mittels äusserer Handgriffe Herstellung einer 2. Schädellage durch Drehung des Kaput rechts herum, im Sinne des Uhrzeigers, zwar leicht, aber nicht von Dauer, da der Steiss rechts hängen bleibt, nicht folgt. Am 19. VIII. durch Drehung links herum 2. Quer-, dann 1. Schädellage hergestellt und, anfangs mit täglicher Kontrolle, durch Binde dauernd fixiert. Nach 10 Tagen spontane Umwandlung in 2. Schädellage, wobei der Steiss rechts in der kleinen Uterushälfte lag, die grössere linke bis auf etwa die Extremitätenenden leer blieb; der Kopf trat wie bei einer Primipara bald in den weiten Beckeneingang ein *). Am 30. IX. relativ leichte Geburt eines lebenden Knaben, 51 cm lang, 3180 g schwer. Wiederum Nachblutung, Credé. Uterus wieder im Wochenbett, wie sub partu typisch kartenherzförmig, nach 6 Wochen völlig involviert, scheinbar ohne Besonderheit.

Der Umstand, dass der Steiss leicht von rechts nach links, aber überhaupt nicht von links nach rechts verschieblich war, spricht dafür, dass ein schräggestelltes Septum in der Mitte des Fundus wenigstens angedeutet ist.

Der Fall lehrt eindringlich, dass, wenn selbst solche durch pathologische Gebärmuttergestalt bedingte Querlage in graviditate zu korrigieren ist, dies bei allen unkomplizierten doch sicher auch möglich sein muss, wie es Vortragendem auch seit 15 Jahren fast ausnahmslos gelungen ist. So darf man fordern, dass die Zahl der Querlagen sub partu mit ihrer ungünstigen Prognose durch Sachkenntnis der Aerzte und bessere Instruktion der Hebammen — Ueberwachung der ihnen anvertrauten Frauen, rechtzeitige Zuziehung des Arztes! — auf ein Mindestmass verringert wird.

Diskussion: Herr Baerwald.

Herr Eiermann erinnert sich aus eigener Tätigkeit zweier Fälle von Uterus arcuatus, die beide über 10 Jahre zurückliegen. Der eine mit Querlage verlief nach leichter Wendung ganz glatt, beim anderen handelte es sich um einen Abort des 3. Monats. Die Frucht sass ganz peripher im äussersten Winkel und imponierte, zumal die Fruchthöhle vom Uteruskavum durch einen zirkulären scharfen Saum getrennt war, als interstitielle Gravidität, wobei der Fötus zuerst in

*) Die erfahrene Hebamme glaubte mit Sicherheit eine Querlage diagnostizieren zu können der äusseren Uterusform nach.

die eigentliche Uterushöhle und erst dann nach aussen geboren werden musste.

Sodann fragt Herr E. den Vortragenden, weshalb er im 1. Falle schon 16 Tage ante partum zu der Pat. gerufen wurde, weshalb er die Entbindung zu beschleunigen suchte, insbesondere durch Einlegung eines Kolpo- und Metreurynters, und weshalb er die Wendung vor völliger Erweiterung des Geburtskanals machte. Bezüglich des zweiten Falles fragt er, weshalb Vortragender bereits 6 Wochen ante terminum mit den äusseren Wendungsversuchen begann, nachdem doch anzunehmen sei, dass zu dieser Zeit die Frucht sich noch nicht definitiv einstelle und in ihrer Lage verbleibe, wie dies auch der Verlauf gezeigt habe.

Herr Sippel frägt nach der Grösse des bei der ersten Geburt angewandten Metreurynters. Ferner regt er die Frage an, ob nicht die der ersten Geburt vorausgegangenen Versuche, ein Frühgeburt zuwege zu bringen, den pathologischen Kontraktionszustand des Uterus hervorgebracht haben.

Herr Buecheler (Schlusswort).

Zweiter Teil.

Geschäftliche Mitteilungen.

Geschäftliche Mitteilungen des Aerztlichen Vereins.

Jahresbericht über die Tätigkeit des ärztlichen Vereins zu Frankfurt a. M. im Jahre 1907.

Von Dr. H. Seligmann.

Den Vorstand bildeten in diesem 62. Vereinsjahr die Herren: A. Sippel, als I., L. Edinger als II. Vorsitzender, H. Seligmann als I., E. Cahen-Brach als II. Schriftführer, Laquer als Schatzmeister.

Dem Fünferausschuss gehörten an die Herren Altschul, Carl, Jaffé, Kallmorgen, Lapp; dem Standesausschuss die Herren Ebenau, Hanau, Scheven, Daube, Hergenhahn, Ransohoff, Fridberg, Günzburg, Oehler. An Stelle der drei letzten Mitglieder traten satzungsgemäss am 1. April die neugewählten Herren Gelhaar, Hirschberg und Kutz.

Archivar: Herr Altschul.

Redaktionskommission für den Jahresbericht die Herren Knoblauch, A. König, Seligmann.

Bibliothekskommission: Herren Roediger, (Vorsitzender), Ebenau, Edinger, Albrecht, Günzburg.

Kurpfuschereikommission: Herren Flesch, Benario, Hübner, Rosengart.

Mitgliederbewegung: Durch den Tod verlor der Verein die ordentlichen Mitglieder Herren Zimmern, E. Schott, Wilh. Grandhomme, M. Schmidt-Metzler und das ausserordentliche Mitglied Herrn Hitzel (Homburg v. d. H.); durch Austritt die ordentlichen Mitglieder Herren A. Stein, Meder, Jos. Mayer, Kratzenstein, Wallach, Loder, sowie die ausserordentlichen Mitglieder Herren Amberger, Martin, C. Pfeiffer, Laubenheimer. Engels, Schroeder, Schliep, Danziger, Boit, Otto, Krauss.

Die Zahl der ordentlichen Mitglieder betrug am 31. Dezember 1907: 326, die der ausserordentlichen 115.

Die Tätigkeit des Vereins gliederte sich in eine wissenschaftliche, in 20 ordentliche und eine geschäftliche, in 9 ausserordentliche Sitzungen. Ein bedeutendes Ereignis im inneren Vereinsleben war die Uebergabe des neuen Sitzungssaales im Senckenbergischen Bibliotheksgebäude seitens der Stiftungsadministration an den Verein und deren Uebersiedlung in diese Räume am 19. August 1907 (s. S. 50 u. ff.) Von den die Wände des neuen Sitzungssaales schmückenden Bildern Frankfurter Aerzte waren vom Verein die Porträts Lucaes und Weigerts geschenkt worden (cf. S. 7 u. 14.)

Ein grosser Teil der geschäftlichen Beschlüsse befasste sich mit der Wirksamkeit des Vereins nach aussen. Hierhin zählen die Erhöhung der Honorarsätze (S. 62), die Eingabe an die Städtischen Behörden behufs Einführung der freien Arztwahl in der Armenpflege (cf. S. 63 111[1]) und desgleichen an die Verwaltung des Marienkrankenhauses[2]) (cf. S. 63), die Einführung einer zeitgemässen Kontrolle der Milchkuranstalt (S. 80 u. 96), die Mitwirkung des Vereins an der Umwandlung der Senckenbergischen Bibliothek in eine öffentliche (S. 8), der Beschluss bezüglich des Ministerialerlasses betr. die Anstellung eines leitenden Arztes in Krankenhäusern über 50 Betten (S. 14), die Teilnahme an der Robert-Koch-Stiftung, am XVI. Internationalen Medizinischen Kongress zu Budapest durch Delegierung des Vorsitzenden, am Aerztetag durch Herrn E. Cohn (S. 40 u. 49.)

Einen wesentlichen Beschluss für das innere Vereinsleben bedeutet die Aenderung des § 3 der Satzungen. (S. 108, u. 111). Im Uebrigen kann auf die nachfolgenden Sitzungsprotokolle verwiesen werden.

[1]) Im Oktober 1908 von den städtischen Behörden abgelehnt.
[2]) Von dieser ebenfalls 1907 abgelehnt.

Während der Vereinsferien fielen die zweite Juli- und erste Augustsitzung aus.

Von den städtischen Behörden wurde wie bisher der Zuschuss von Mk. 1200.— wieder bewilligt.

Das Stiftungsfest wurde am 3. November im grossen Saale des Frankfurter Hofes in Form eines Festessens gefeiert.

In der letzten Sitzung des Jahres fanden die Neuwahlen statt, aus denen hervongingen: Herr Laquer als II. Vorsitzender, Herr Scheven als II. Schriftführer, als Mitglieder des Fünferausschusses die Herren Benario, Jung, Marchand, J. J. Schmidt, Siegel, Streng, sämtlich für 1908.

Ordentliche Mitglieder des Aerztlichen Vereins

am 31. Dezember 1907.

(Verein gegründet im Jahre 1845.)

No.	Namen	Approbiert	Promoviert	In Frankfurt als Arzt niedergelassen	Mitglied des Aerztlichen Vereins
1	Dr. Schmidt, Jean, Sanitätsrat	1855	1853	1855	1855
2	» Neubürger, Theodor, Geh. San.-R.	1854	1853	1854	1855
3	» Bardorff, Carl, San.-Rat	1863	1861	1863	1863
4	» Bockenheimer, Jak. Geh. San.-Rat	1863	1861	1863	1864
5	» Altschul, Gustav, San.-Rat	1862	1862	1864	1864
6	» de Bary, Jakob, Geh. San.-Rat	1865	1864	1865	1865
7	» Kirchheim, Simon	1865	1864	1865	1865
8	» Glöckler, Alexander, San.-Rat	1865	1864	1866	1866
9	» Mappes, Georg	1867	1866	1867	1867
10	» Vömel, Heinrich, Geh. San.-Rat	1867	1866	1867	1868
11	» Loretz, Wilhelm Emil, San.-Rat	1867	1866	1868	1869
12	» Krüger, Gustav, San.-Rat	1865	1864	1869	1869
13	» Wolf, Oskar, San.-Rat	1867	1866	1870	1870
14	» Fridberg, Robert, San.-Rat	1867	1867	1870	1870
15	» Cohn, Emanuel, San.-Rat	1867	1866	1867	1870
16	» Harbordt, Adolf, San.-Rat	1868	1867	1869	1871
17	» Blumenthal, Ernst, San.-Rat	1869	1869	1872	1872
18	» Rehn, Heinrich, Geh. San.-Rat	1857	1856	1872	1872
19	» Hirschberg, Max, San.-Rat	1867	1866	1873	1873
20	» Jung-Marchand, Aug., San.-Rat	1872	1870	1873	1873
21	» Klingelhöffer, August, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt	1870	1870	1874	1875
22	» Rosenbaum, Elieser	1876	1874	1876	1876
23	» Jaffé, Theodor, San.-Rat	1874	1873	1876	1876
24	» Sommerlat, Ludwig, San.-Rat	1874	1876	1876	1877
25	» Carl, August, San.-Rat	1875	1874	1878	1878
26	» Küppers, Markus, San.-Rat	1874	1873	1874	1878
27	» Sippel, Albert, Professor	1875	1875	1878	1878
28	» Kaufmann, Karl	1875	1874	1879	1879
29	» Lachmann, Bernhard, San.-Rat	1877	1876	1881	1881
30	» Fester, Otto, San.-Rat	1877	1877	1880	1882
31	» Rehn, Ludwig, Professor	1874	1875	1882	1882
32	» Auerbach, Leopold, San.-Rat	1880	1880	1881	1882
33	» Edinger, Ludwig, Professor	1877	1876	1883	1883
34	» Laquer, Leopold, San.-Rat	1880	1879	1883	1883
35	» Nohstadt, Rudolf, San.-Rat	1879	1879	1879	1883
36	» Eulenstein, Heinrich	1883	1882	1883	1883

No.	Namen	Approbiert	Promoviert	In Frankfurt als Arzt niedergelassen	Mitglied des Aerztlichen Vereins
37	Dr. Pinner, Oskar, San.-Rat	1875	1875	1883	1883
38	» Elle, Johannes	1882	1882	1883	188[illegible]
39	» Bärwindt, Franz, San.-Rat	1880	1883	1880	1884
40	» Fürst, Bernhard	1883	1883	1884	1884
41	» Eulau, Siegmund	1882	1883	1884	1884
42	» Seligmann, Heinrich	1882	1881	1884	1884
43	» Hesdörffer, Julius	1883	1883	1884	1885
44	» Wohlfarth, Ernst, San.-Rat	1876	1876	1876	1885
45	» Vohsen, Karl	1883	1882	1885	1885
46	» Oehler, Rudolf	1883	1884	1885	1885
47	» Ebenau, Friedrich	1875	1875	1885	1885
48	» Gottschalk, Joseph	1882	1883	1886	1886
49	» Schott, Theodor, Professor	1877	1877	1886	1886
50	» Schmidt, Julius, San.-Rat	1881	1881	1886	1886
51	» Günzburg, Alfred	1885	1885	1886	1886
52	» Rosenmeyer, Ludwig	1881	1881	1886	1886
53	» Asch, Ernst	1886	1884	1887	1887
54	» Oppenheimer, Oskar	1883	1884	1887	1887
55	» Scriba, Eugen	1884	1884	1887	1887
56	» Herxheimer, Karl	1885	1884	1887	1887
57	» Hübner, Emil	1885	1886	1887	1887
58	» Schlesinger, Hermann	1879	1879	1887	1887
59	» Roediger, Ernst, San.-Rat	1884	1885	1887	1887
60	» Mayer, Heinrich	1887	1886	1888	1888
61	» Flesch, Max, Professor	1873	1872	1888	1888
62	» Rosengart, Josef	1884	1887	1888	1888
63	» Wolff, Ludwig	1885	1885	1888	1888
64	» Neubürger, Otto	1888	1887	1888	1888
65	» Sioli, Emil, Professor	1876	1875	1888	1888
66	» Kahn, Ernst	1885	1888	1888	1888
67	» Müller, Heinrich	1873	1873	1884	1888
68	» Demmer, Theodor	1883	1883	1889	1889
69	» Friedländer, Julius	1884	1884	1889	1889
70	» Seuffert, Theodor, San.-Rat	1881	1881	1889	1889
71	» Walter, Leopold	1879	1879	1889	1889
72	» Jourdan, Adolf	1888	1888	1889	1889
73	» Hirsch, Raphael	1888	1888	1890	1890
74	» Hirsch, Wolf	1889	1888	1890	1890
75	» Ettlinger, Albert	1885	1884	1890	1890
76	» Weber, Heinrich	1888	1888	1890	1890
77	» Kömpel, Eduard	1888	1888	1890	1890
78	» von Wild, Rudolf	1887	1887	1890	1890
79	» Simon, Elias	1889	1888	1890	1890
80	» Nebel, August,	1886	1886	1890	1890
81	» Heyder, Karl Heinrich	1889	1889	1890	1890
82	» Stroh, Wilhelm	1888	1888	1890	1891

No.	Namen	Approbiert	Promoviert	In Frankfurt als Arzt niedergelassen	Mitglied des Aerztlichen Vereins
83	Dr. Lampé, Eduard, San.-Rat	1884	1884	1890	1891
84	» Knoblauch, August	1887	1888	1891	1891
85	» Stern Richard	1889	1889	1891	1891
86	» Avellis, Georg	1888	1888	1890	1891
87	» Cahen-Brach, Eugen	1887	1887	1891	1891
88	» Kaiser, Ludwig	1890	1890	1891	1891
89	» Spiess, Gustav, Professor	1890	1890	1891	1891
90	» Gunz, Otto	1889	1891	1891	1891
91	» Fromm, Emil, Kreisarzt	1886	1886	1891	1891
92	» Mehler, Ludwig Emil	1891	1890	1891	1891
93	» Ascher, Julius	1886	1885	1892	1892
94	» Abraham, Siegmund	1891	1891	1892	1892
95	» Gause, August	1889	1890	1892	1892
96	» Ransohoff, Moritz	1883	1883	1892	1892
97	» Auerbach, Siegmund	1890	1890	1892	1892
98	» Hanauer, Wilhelm	1890	1890	1892	1892
99	» Blum, Ferdinand, Professor	1890	1890	1892	1892
100	» Cuno, Friedrich	1891	1891	1892	1892
101	» Deutsch, Adolf	1891	1891	1892	1892
102	» Kramer, Robert	1890	1890	1892	1892
103	» Katzenstein, Moritz	1891	1891	1892	1893
104	» von Meyer, Edward	1887	1887	1893	1893
105	» Marx, Karl	1892	1892	1893	1893
106	» Brodnitz, Siegfried	1890	1890	1893	1893
107	» Benario, Jacques	1891	1891	1893	1893
108	» Kahn, Ferdinand	1891	1891	1893	1893
109	» Kayser, Heinrich	1889	1889	1893	1894
110	» Streng, Wilhelm	1888	1888	1894	1894
111	» Eiermann, Arnold	1891	1891	1894	1894
112	» Knickenberg Ernst	1892	1890	1894	1894
113	» Goldbaum, Adolf	1879	1879	1889	1894
114	» Keller, Gottfried	1887	—	1887	1894
115	» Kohn, Julius	1890	1891	1894	1894
116	» Kallmorgen Wilhelm	1890	1889	1894	1894
117	» Fath, Siegmund	1888	1893	1894	1894
118	» Stern, Albert	1893	1893	1894	1894
119	» Fulda, Heinrich	1893	1893	1894	1894
120	» Ullmann Adolf	1883	1884	1894	1894
121	» Feis, Oswald	1891	1889	1894	1894
122	» Diefenbach, Josef	1891	1890	1894	1894
123	» Grossmann, Otto	1884	1884	1894	1894
124	» Kurtz, Friedrich	1893	1892	1894	1894
125	» von den Velden, Friedrich	1892	1892	1894	1894
126	» Krug, Josef	1890	1892	1892	1895
127	» Streitke, Gotthold	1891	1891	1895	1895
128	» Hanau, Ludwig	1890	1890	1891	1895

No.	Namen	Approbiert	Promoviert	In Frankfurt als Arzt niedergelassen	Mitglied des Aerztlichen Vereins
129	Dr. Daube, Kurt, San.-Rat	1872	1871	1875	1895
130	» Strauss, Zadok	1892	1892	1893	1895
131	» Löwenthal, Viktor	1889	1888	1890	1895
132	» Hohenemser, Otto	1892	1892	1895	1895
133	» Minkel, Adolf	1895	1893	1895	1895
134	» Feuchtwanger, Albert	1890	1890	1895	1895
135	» Rauch, Fritz	1893	1893	1895	1895
136	» Korte, Heinrich	1892	1892	1895	1895
137	» Baerwald, Arnold	1891	1893	1895	1895
138	» Stern, Josef	1895	1894	1895	1895
139	» Hergenhahn, Eugen	1891	1891	1895	1895
140	» Libbertz, Arnold, San.-Rat	1867	1867	1878	1895
141	» Labes, Ulrich	1890	1895	1895	1895
142	» Ebeling, Hugo,	1890	1893	1893	1896
143	» Sanner, Rudolf	1894	1894	1895	1896
144	» Lapp, Wilhelm	1893	1897	1896	1896
145	» Seckbach, Viktor	1894	1892	1896	1896
146	» Grünwald, Karl	1891	1890	1896	1896
147	» Rosenbaum, Emil	1894	1894	1896	1896
148	» Buecheler, Anton	1890	1889	1896	1896
149	» Solm, Richard	1889	1889	1896	1896
150	» Kasprzik, Rudolf, San.-Rat	1878	1877	1896	1896
151	» Gärtner, Ludwig	1894	1894	1896	1896
152	» Veis, Julius	1894	1894	1896	1896
153	» Baer, Theodor	1893	1892	1896	1896
154	» Weyrauch, Julius	1893	1893	1896	1896
155	» Bermann, Ferdinand	1892	1892	1897	1897
156	» Heimann, Arthur	1896	1895	1897	1897
157	» Petersen, Ernst	1885	1886	1897	1897
158	» Siegel, Ernst	1893	1892	1897	1897
159	» von Mettenheimer, Heinrich	1893	1893	1897	1897
160	» Rothschild, John	1894	1892	1897	1897
161	» Gross, Otto	1893	1894	1897	1897
162	» Hainebach, Julius	1894	1893	1897	1897
163	» Wulff, Gottlieb	1895	1895	1897	1897
164	» Dreyfuss, Max	1893	1895	1897	1897
165	» Hausmann, Franz	1893	1892	1897	1897
166	» Stiebel, Gustav	1896	1895	1897	1897
167	» Gelhaar, Erich	1895	1894	1898	1898
168	» Lange, Jakob	1897	1896	1898	1898
169	» Simon, Max	1893	1894	1898	1898
170	» Fonrobert, Alexander	1894	1895	1898	1898
171	» Peschel, Max, Professor	1873	1876	1898	1898
172	» Weilhammer, Hans	1890	1891	1878	1898
173	» Witebsky, Michael	1895	1896	1898	1898
174	» Doctor, Ernst	1896	1896	1898	1898

No.	Namen	Approbiert	Promoviert	In Frankfurt als Arzt niedergelassen	Mitglied des Aerztlichen Vereins
175	Dr. Nahm, Jakob	1894	1895	1898	1898
176	Müller, Otto Viktor	1896	1897	1898	1898
177	» Berg, Georg	1888	1888	1892	1898
178	» Bamberger, Simon	1897	1897	1899	1899
179	» Schnaudigel, Otto	1894	1894	1899	1899
180	» Strauss, Alfred	1896	1897	1899	1899
181	» Neuberger, Julius	1895	1896	1899	1899
182	» Bär, Bernhard	1897	1897	1899	1899
183	» Bischofswerder, Alfred	1898	1895	1899	1899
184	» Plaut, Theodor	1897	1897	1899	1899
185	» Lehmann, Karl	1897	1897	1899	1899
186	» Fromm, Simon	1898	1897	1899	1899
187	» Werthmann, Johann Lorenz	1895	1893	1899	1899
188	Tassius, Viktor	1884	1884	1899	1899
189	» Ehrlich, Paul, Professor, Geheimer Med.-Rat	1878	1878	1899	1899
190	» Neisser, Max, Professor	1893	1893	1899	1899
191	» Kaufmann, Rafael	1897	1897	1899	1899
192	» Mainzer, Max	1895	1894	1899	1899
193	» Weydt, Georg	1896	1898	1899	1899
194	» Strauss, Josef	1895	1895	1899	1899
195	» Grandhomme, Fritz	1898	1899	1899	1899
196	» Böhm, Henry Julius	1894	1893	1899	1899
197	» Scheven, Otto	1896	1896	1899	1899
198	» Ganz, Otto	1896	1893	1900	1900
199	» Scherer, Josef	1897	1897	1900	1900
200	» Bode, Friedrich	1895	1894	1900	1900
201	» König, Karl	1893	1892	1900	1900
202	» Schmidt, Isidor	1898	1897	1900	1900
203	» Dornblüth, Otto	1884	1884	1900	1900
204	» Kutz, Arthur	1896	1895	1900	1900
205	» Hildebrand, Richard	1897	1897	1900	1900
206	» Krämer, Felix	1892	1892	1900	1900
207	» Marcus, Otto	1895	1894	1900	1900
208	» Straus, Friedrich	1896	1895	1900	1900
209	» Landsberg, Ludwig	1899	1897	1900	1900
210	» Sopp, Anton	1897	1898	1900	1900
211	» Metzger, Ludwig	1896	1897	1900	1900
212	Berlizheimer, Sigmund	1896	1895	1900	1900
213	» Haus, Rudolf Karl	1898	1898	1901	1901
214	» Sachs, Michael	1895	1895	1901	1901
215	» de Bary, August	1897	1897	1901	1901
216	» Roth, Karl, Med.-Rat, Gerichtsarzt	1885	1883	1901	1901
217	» Weisbecker, Leopold	1895	1895	1901	1901
218	» Alexander, Franz	1896	1895	1901	1901
219	» Levy, Emil	1899	1898	1901	1901

No.	Namen	Approbiert	Promoviert	In Frankfurt als Arzt niedergelassen	Mitglied des Aerztlichen Vereins
220	Dr. Thiergardt, Adolf	1898	1897	1901	1901
221	» Aschheim, Hugo	1893	1894	1901	1901
222	» Schlosser, Karl	1901	1901	1901	1901
223	Sachs, Hans	1900	1900	1901	1901
224	» Rosenbaum, Saly	1901	1901	1902	1902
225	» Rothschild, Otto	1896	1895	1902	1902
226	» Scheffen, Hermann	1897	1897	1902	1902
227	» Maier, Ernst	1898	1897	1902	1902
228	» Schürenberg, Gustav	1897	1898	1902	1902
229	» Scholz, Bernhard	1898	1898	1902	1902
230	» Gärtner, Hugo	1896	1897	1902	1902
231	» Hart, Karl	1875	1879	1902	1902
232	» Wachsmuth, Hans	1897	1897	1902	1902
233	» Zinn, Charles	1899	1899	1902	1902
234	» Gotthold, Jean	1900	1902	1902	1902
235	» Treupel, Georg, Professor	1891	1891	1903	1903
236	» Schlippe, Paul	1900	1900	1903	1903
237	» Krekels, Oskar	1895	1896	1903	1903
238	» von Geldern, Gräfin Friderika	1902	1897	1903	1903
239	» Schild, Rudolf	1897	1897	1903	1903
240	» Baur, Karl	1895	1895	1903	1903
241	» Werner, Emil	1900	1900	1903	1903
242	» Feuchtwanger, Jakob	1897	1897	1903	1903
243	» Meyer, Jakob	1899	1899	1903	1903
244	» Emanuel, Karl	1998	1898	1903	1903
245	» Sachs, Theodor	1898	1899	1898	1903
246	» Löffler, Gustav	1902	1902	1902	1903
247	» Kling, Robert	1900	1901	1903	1903
248	» Hengsberger, August	1898	1898	1901	1903
249	» von Gosen, Hans	1899	1898	1903	1903
250	» Hirsch, Perez	1902	1902	1903	1903
251	» Guggenheim, Emil	1890	1890	1902	1903
252	» Baldes, Karl	1901	1901	1904	1904
253	» Knoblauch, Paul	1897	1896	1904	1904
254	» Winterhalter, Elisabeth	1889	1890	1891	1904
255	» Levi, Gustav	1886	1886	1886	1904
256	» Noetzel, Wilhelm	1893	1892	1899	1904
257	» Ponfick, Wilhelm	1898	1900	1904	1904
258	» Grossmann, Emil	1895	1895	1904	1904
259	» Dostert, Alfred	1902	1902	1904	1904
260	» Assfalg, Karl	1901	1901	1904	1904
261	» Heichelheim, Sigmund	1899	1898	1904	1904
262	» Lejeune, Adolf	1898	1898	1903	1904
263	» Oxenius, Richard	1897	1897	1904	1904
264	Koenig, Albert, San.-Rat, Stadtarzt	1886	1884	1904	1904
265	» Jatho, Heinrich	1900	1902	1904	1904

No.	Namen	Approbiert	Promoviert	In Frankfurt als Arzt niedergelassen	Mitglied des Aerztlichen Vereins
266	Dr. Ossenkopp, Josef	1893	1891	1904	1904
267	» Kränzle, Paul	1895	1900	1901	1904
268	— Oechelhäuser, Otto	1904	—	1904	1904
269	Dr. Lossen, Kurt	1898	1898	1904	1904
270	» Kurzezunge, Dagobert	1901	1901	1904	1904
271	» Kalberlah, Fritz	1900	1900	1904	1904
272	» Albrecht, Eugen, Professor	1896	1895	1904	1905
273	» Pfeiffer, Richard	1896	1897	1904	1905
274	» Lindenmeyer, Otto	1900	1900	1904	1905
275	» Bornemann, Wilhelm	1901	1905	1905	1905
276	» Fleck, Georg	1898	1897	1904	1905
277	» Geelvink, Peter	1895	1896	1904	1905
278	» Weber, Ernst	1904	1905	1905	1905
279	» Wagner, Paul	1898	1899	1905	1905
280	» Rosenhaupt, Heinrich	1902	1902	1905	1905
281	» Beck, Karl	1901	1901	1905	1905
282	» Lilienfeld, Sidney	1899	1900	1905	1905
283	» Becker, Ferdinand	1897	1898	1905	1905
284	» Weber, August	1904	1905	1905	1905
285	» Goldschmidt, Siegfried	1903	1904	1905	1905
286	» Sommerlat, Norbert	1904	1904	1905	1905
287	» Adolf, Friedrich	1893	1894	1905	1905
288	» Richartz, Heinz	1893	1893	1905	1905
289	— Soltans, Karl	1903	—	1904	1906
290	Dr. Vatter, Gustav	1900	1901	1905	1906
291	» Juliusberg, Max	1900	1900	1906	1906
292	» Mannheimer, Jakob	1892	1892	1906	1906
293	» Portmann, Bernhard	1901	1901	1906	1906
294	» Salvendi, Hugo	1902	1902	1906	1906
295	» Tecklenburg, Ferdinand	1902	1902	1906	1906
296	» Simrock, Karl	1906	1906	1906	1906
297	» Lüthje, Hugo, Professor	1897	1895	1906	1906
298	» Opificius, Marie	1904	1905	1906	1906
299	» Loewe, Otto	1903	1903	1906	1906
300	» Linck, Ernst	1905	1905	1906	1906
301	» Hirsch, Otto	1901	1901	1906	1906
302	» Liefmann, Emil	1901	1901	1906	1906
303	» Heiland, Ferdinand, San.-Rat	1874	1873	1905	1907
304	» Plaut, Max	1903	1903	1907	1907
305	» Marcus, Hermann	1903	1903	1907	1907
306	» Ascher, David	1905	1905	1907	1907
307	» Kaufmann, Eugen	1903	1903	1907	1907
308	» Kannegiesser, Joachim	1897	1897	1907	1907
309	» Schmitt, Willy	1901	1902	1907	1907
310	» Natt, Hugo	1904	1904	1907	1907
311	» Helwig, Ludwig	1895	1896	1907	1907

No	Name	Approbiert	Promoviert	In Frankfurt als Arzt niedergelassen	Mitglied des Aerztlichen Vereins
312	Dr. Keil, Ernst	1903	1905	1907	1907
313	» Marx, Lion	1902	1902	1907	1907
314	» Lewinberg, Georg	1904	1904	1907	1907
315	» Marx, Max	1903	1903	1907	1907
316	» Willemer, Karl	1890	1897	1907	1907
317	» Nahm, Nikolaus, San.-Rat	1887	1887	1907	1907
318	» Waldmann, Carl	1890	1890	1907	1907
319	» Voss, Otto, Professor	1894	1993	1907	1907
320	» Rudow, Arthur	1894	1893	1907	1907
321	» Herzog, Ulrich	1898	1898	1907	1907
322	» Philippson, Paula	1903	1904	1907	1907
323	» Wagenknecht, Julius	1902	1904	1907	1907
324	» Wildersinn, Ferdinand	1896	1898	1907	1907
325	» Lipstein, Alfred	1899	1899	1907	1907

Ausserordentliche Mitglieder des Aerztlichen Vereins
am 31. Dezember 1907

No		Namen	Approbiert	Promoviert	Niederlassung	Mitglied des Aerztl. Vereins
1	Dr.	Thilenius, Otto Geh. San.-Rat, Soden a. T.	1869	1868	1870	1871
2	»	Wilhelm, Ludwig, San.-Rat, Roedelheim	1877	1876	1878	1878
3	»	Wolff, Karl, San.-Rat, Griesheim a. M.	1872	1870	1879	1879
4	»	Hauser, Ludwig, Geh. Ober-Med.-Rat Darmstadt	1867	1867	1867	1879
5	»	Lommel, Karl, San.-Rat, Homburg v. H.	1874	1873	1874	1879
6	»	Weber, Karl, San.-Rat, Homburg v. H.	1871	1870	1872	1880
7	»	Groedel, Isid., Prof. Med.-Rat, Bad-Nauheim	1874	1874	1875	1881
8	»	Haupt, August, San.-Rat, Soden a. T.	1876	1875	1881	1881
9	»	Beinhauer, Hugo, Med.-Rat, Kreisarzt Höchst a. M.	1873	1873	1882	1882
10	»	Gottschalk, Eugen, Griesheim a. M.	1882	1882	1884	1884
11	»	Müller, Richard, San.-Rat, Bad Nauheim	1868	1868	1870	1884
12	»	Bachfeld, Rudolf, Offenbach a. M.	1884	1884	1886	1885
13	»	Gottfried, Jakob, Niederrad	1887	1890	1890	1887
14	»	Hughes, Henry, Soden a. T.	1887	1887	1888	1888
15	»	Sartorius, Ernst, Höchst a. M.	1885	1884	1888	1888
16	»	Albrecht, Franz, Schmitten i. T.	1886	1886	1888	1889
17	»	Bruck, Martin, Bad Nauheim	1889	1887	1889	1890
18	»	Geist-Jakobi, G. P., Zahnarzt	1887	1888	1889	1890
19	—	Peters, Hans, Zahnarzt	1888	—	1890	1890
20	Dr.	Scherk, Karl, San.-Rat, Homburg v. H.	1867	1866	1890	1890
21	»	Friedlieb, Karl, Homburg v. H.	1884	1884	1890	1891
22	»	Knauf, Ernst, Neu-Isenburg	1885	1886	1885	1891
23	»	Flichter, Leopold, Neu-Isenburg	1887	1887	1887	1892
24	»	Oberstadt, Ferdinand, Med.-Rat, Kreisarzt, Langenschwalbach	1875	1874	1879	1892
25	»	Kohnstamm, Oskar, Königstein a. T.	1894	1893	1895	1895
26	»	Radt, Julian, Höchst a. M.	1888	1888	1888	1895
27	»	Hartmann, Moritz, San.-Rat, Hanau	1875	1875	1876	1896
28	—	Marcus, Robert, Zahnarzt	1895	—	1896	1896
29	Dr.	Schaeffer-Stuckert, Fritz, Zahnarzt	1889	1895	1889	1896
30	»	Schulze-Kahleyss, Max, Hofheim a. T.	1894	1894	1896	1896
31	»	Feibusch, Karl, Zahnarzt	1895	1896	1896	1897
32	»	Nützel, Christian, Hattersheim	1889	1890	1891	1897
33	—	Theis, Wilhelm, Zahnarzt	1893	—	1893	1897
34	Dr.	Günzel, Otto, Soden a. T.	1894	1894	1896	1898
35	»	Gottschalk, Richard, Ginnheim	1887	1887	1899	1899
36	»	Pariser, Kurt, Homburg v. H.	1888	1886	1899	1899
37	»	Rothschild, David, Soden a. T.	1898	1897	1899	1899
38	»	Glanz, Adolf, Heddernheim	1898	1898	1900	1900
39		Friedländer, Adolf, Hofrat, Hohe Mark	1895	1895	1904	1900
40	»	Laudenheimer, Rudolf, Alsbach a. B.	1894	1894	1900	1900

No	Namen	Approbiert	Promoviert	Niederlassung	Mitglied des Aerztl. Vereins
41	Dr. Maley, Adolf, Vilbel	1883	1883	1887	1900
42	» Frank, Karl, Zahnarzt	1892	1893	1895	1901
43	» Krogh, Axel, Rödelheim	1897	1896	1897	1901
44	» Langebartels, H. Th. C. Bad Nauheim	1891	1891	1891	1901
45	» Lewinsohn, Benno, Soden a. T.	1900	1900	1901	1901
46	» Lilienstein, Siegfried, Bad Nauheim	1895	1895	1902	1902
47	» Goldberg, Ludwig, Heddernheim	1888	1888	1899	1902
48	» Mayer, Karl, Wiesbaden	1882	1883	1885	1902
49	» Scherf, Josef, Bad Orb	1892	1892	1893	1902
50	» Spielmans, Max, Homburg v. H.	1901	1901	1902	1902
51	» Ewald, Walter	1902	1902	1903	1903
52	» von Ploenies, Ernst, Cronberg a. T.	1887	1887	1903	1903
53	» Häberlin, Karl, Bad Nauheim	1903	1903	1904	1904
54	» Marx, Ernst, Professor, Stabsarzt	1895	1893	1899	1900
55	» Drüner, Leo, Stabsarzt	1894	1894	—	1905
56	» von Noorden, Werner, Homburg v. H.	1885	1885	1904	1905
57	» Embden, Gustav	1899	1899	—	1905
58	» Hübner, Hans	1900	1901	—	1905
59	» Isserlin, Max, Soden a. T.	1900	1903	1905	1905
60	» Wolf, Ernst	1900	1900	—	1905
61	— Weiss, Albert, Oberreifenberg	1903	—	1905	1905
62	Dr. Sartorius, Richard	1903	1903	—	1905
63	» Schilling, Karl Friedrich	1905	1905	—	1905
64	» Wislicenus, Gustav	1902	1903	—	1905
65	» Riechelmann, Wilhelm, Homburg v. H.	1901	1901	1905	1905
66	» Haase, Wilhelm, Homburg v. H.	1900	1899	1903	1905
67	» Dölger, Robert, Stabsarzt,	—	—	—	1906
68	— Brenner, Fritz	1905	—	1906	1906
69	Dr. Graul, Gaston, Neuenahr	1897	1897	1903	1906
70	» Engel, Hans,	1904	1905	1905	1906
71	» Friedrich, Otto	1904	1904	—	1906
72	» Moritz, Friedrich, Prof., Giessen	1886	1885	1892	1906
73	» Wolfskehl, Henry	1902	1905	1906	1906
74	» Sichel, Max	1904	1904	1906	1906
75	» Brauer, Ludw., Professor, Marburg	—	—	—	1906
76	» Küttner, Hermann, Prof., Marburg	—	—	—	1906
77	» Fertig, Direktor, Hanau	—	—	—	1906
78	» Roth, Lorenz, Usingen	1896	1897	1899	1906
79	» Ambrosius, Walter, Hanau	1890	1890	1894	1906
80	» Prorok, Arthur, Soden a. T.	1904	1904	1905	1906
81	» Feistkorn, A., Hofheim	—	—	—	1906
82	Dr. Zuschlag, Gustav, Direktor, Hanau	1892	1892	—	1906
83	» Opitz, Professor, Marburg	—	—	—	1906
84	» Gärtner, Rudolf, Höchst a. M.	1902	1902	1906	1906
85	» Jacobsthal, Erwin	1902	1902	—	1906
86	» Hommerich, Karl	1903	1903	—	1906
87	» Schütz, Robert, Wiesbaden	1893	1894	1898	1906

No.	Namen	Approbiert	Promoviert	Niederlassung	Mitglied des Aerztl. Vereins
88	Dr. Heinrich, Georg, Oberursel	1903	1903	1906	1906
89	» Bingel, Adolf	1902	1902	1906	1906
90	» Schenk, Eduard	1901	1902	—	1906
91	» Schwerin, Paul, Höchst a. M.	1888	1889	1892	1906
92	» Schmiedicke, Otto, Generalarzt, Korpsarzt	1881	1880	1906	1906
93	— Haas, Friedrich, Eschersheim	1903	—	1904	1906
94	Dr. Reiss, Emil	1902	1902	1906	1907
95	» Schüler, Julius, Bischofsheim b. Hanau	1891	1894	1892	1907
96	» Kappers, Ariens	1904	1904	1906	1907
97	» Moses, Leo	1905	1905	1907	1907
98	» Rothschild, Julius	1906	1906	1907	1907
99	» Stargarder, Julius	1906	1906	1907	1907
100	» Gärtner, Arthur, Oberursel	1903	1903	1907	1907
101	» Wegener, Wilhelm, Eckenheim . . .	1905	1907	1907	1907
102	» Goldschmid, Edgar	1906	1906	1906	1907
103	» Brandt, Friedrich, Zahnarzt	1884	1899	1907	1907
104	» Quensel, Friedr. Wilh., Königstein . .	1896	1896	1907	1907
105	» Propping, Carl	1904	1904	1907	1907
106	» Hoehne, Fritz	1903	1903	1907	1907
107	» Gutmann, Karl, Wiesbaden	1899	1898	1906	1907
108	» Pfannmüller, Ferdinand, Hausen . .	1894	1894	1902	1907
109	» Eppenstein, Hermann	1903	1903	1907	1907
110	» Betke, Richard	1902	1902	1907	1907
111	» Vogt, Heinrich	1899	1899	1907	1907
112	» Wagner, Albert, Langenschwalbach . .	1886	1886	1907	1907
113	» Deetz, Eduard, Homburg v. H.	1898	1898	1907	1907

Personalien der im Jahre 1907 neu eingetretenen Mitglieder.

a) Ordentliche Mitglieder.

	Zu- und Vorname	Zeit und Ort der Geburt	Besuchte Universitäten	Jahr u. Ort der Approbation	Jahr u. Ort der Promotion	Seitherige Tätigkeit
1.	Heiland Ferdinand	4. Febr. 1849 Uslar	Göttingen, Berlin	1874 Göttingen	1873 Göttingen	Prakt. Arzt in Rinteln a. W. bis 1879, von 1879—1905 in Uslar, Prov. Hannover.
2.	Plaut Max	21. Mai 1880 Giessen	Giessen, Berlin	1904 Giessen	1904 Giessen	Oktober 1904—März 1905 Volontärarzt bei Prof. v. Noorden (Städt. Krankenhaus Frankfurt a. M.) April—Septbr. 1905 Volontärarzt bei Prof. Albrecht (Senckenbergianum). Oktbr. 1905—Oktbr. 1906 Assistent am Säuglingsheim, Dresden (Prof. Schlossmann, Privatdozent Dr. Salge). 1. Novbr.—1. Dezbr. 1906 in der Univers.-Kinderklinik, Berlin (Geheimrat Heubner). Seit 1. Dezbr. 1906 Assistenzarzt an der Univers.-Kinderklinik in Heidelberg.
3.	Marcus Hermann	11. Jan. 1879 Schwerin i. M.	Freiburg, Rostock, Berlin, Kiel	1903 Kiel	1903 Kiel	1/2 Jahr nach Approbation und 1906 noch einige Monate Schiffsarzt der Hamburg-Amerika-Linie und Südamerika-Linie. 1 Jahr Leitung der Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten des Dr. Ehrenfried-Berlin. 1/2 Jahr Volont.-Assist. der chirurg. Poliklinik des Dr. Wolffenstein, Berlin. 1/2 Jahr im Institut für Infektionskrankheiten, Berlin. 1/2 Jahr Volontär- und vertretender Stationsassistent bei Prof. A. Fraenkel, Berlin (Urban-Krankenhaus). 1 Jahr Assistenzarzt des Krankenhauses in Hirschberg (Schlesien).
4	Ascher David	4. Sept. 1879 Nördlingen	Würzburg, München, Strassburg	1905 München	1905 Würzburg	Vertretungen bezw. Assistenzen in Heddernheim b. Frankfurt a. M., Nürnberg, Lechhausen b. Augsburg, Grätz (Prov. Posen), Magdeburg. Niederlassung in Stettin von 11 Monate Dauer.

	Zu- und Vorname	Zeit und Ort der Geburt	Besuchte Universitäten	Jahr u. Ort der Approbation	Jahr u. Ort der Promotion	Seitherige Tätigkeit.
5.	Kaufmann Eugen	20. Nov. 1877 Gailingen (Konstanz)	Freiburg, Berlin, München	1903 Freiburg	1903 Freiburg	1903/04 Aufenthalt in Paris, davon 6 Monate am Hopital Tarnier (Prof. Budin). Oktob. 1904—Febr. 1905 als Volontärarzt in der Frauenklinik von Sanitätsrat Brose, Berlin. Bis Ende 1905 in der Kgl. Charité, Frauenklinik, Geh. Rat Bumm. Vom Jan. 1906 ab als Assistent bei Dr. Prochownik, Hamburg. Am 4. Dezbr. 1906 Niederlassung als Frauenarzt in Mannheim.
6.	Kannegiesser Joachim	25. Jan. 1872 Suhl (Thüringen)	München, Berlin, Kiel	1897 Kiel,	1897 Kiel	Ableistung der militärischen Dienstpflicht, Reise als Schiffsarzt, Vertretung prakt. Aerzte, vorübergehender Aufenthalt an Kliniken. 1 Jahr Assistenzarzt bei Sanitätsrat Dr. Schomann, Klingenthal i. Sachsen. Seit über 6 Jahren an der Kgl. Frauenklinik in Dresden, seit 4 Jahren Oberarzt der Klinik.
7.	Schmidt Willy	21. Mai 1873 Frankfurt a. M.	Freiburg, Heidelberg, Würzburg	1901 Heidelberg	1902 Heidelberg	1902 wissenschaftl. Hilfsarbeiter am städt. Krankenhaus Frankfurt a. M (Dermatol. Abtlg.) Prof. Herxheimer, Volontärassistenzarzt; 1903 Inselspital Bern (Prof. Jadassohn), 1904 Dermatol. Klinik Freiburg i. B. (Prof Jacobi). 1905 Berlin Polikliniken Prof. Lassar, Dr. Pinkus, Dr. Lewin, 1905—1906 Dermatol Klinik Freiburg i. B. (Prof. Jacobi)
8.	Natt Hugo	18. April 1881 Langenlonsheim bei Kreuznach	Heidelberg, Leipzig, Giessen	1904 Giessen	1904 Giessen	Novbr. 1904—Mai 1905 Einjähriger-Freiwilliger Arzt resp. Unterarzt. Mai 1905—März 1906 Volontär- und Assistenzarzt am Allerheiligen-Hospital, Breslau. April 1906—März 1907 Assistenzarzt bei Dr Hirschmann, prakt. Arzt, Tarnowitz, O.-Schl. Seit April 1907 Hilfsarzt der Kgl. Frauenklinik. Dresden.
9.	Helwig Ludwig	27. Sept. 1870 Zweibrücken	München, Berlin, Heidelberg	1895 Heidelberg	1896 Heidelberg	1½ Jahr prakt. Arzt in Pirmasens (Rheinpfalz), 9 Jahre in Obermoschel b. Kreuznach

	Zu- und Vorname	Zeit und Ort der Geburt	Besuchte Universitäten	Jahr u. Ort der Approbation	Jahr u. Ort der Promotion	Seitherige Tätigkeit
10.	Keil Ernst	15. Okt. 1876 Frankfurt a. M.	Giessen, Erlangen, Heidelberg	1903 Heidelberg	1905 Leipzig	1 Jahr bei Dr. Jäger, prakt. Arzt, Kirchberg a. Jagst, 2 Jahre Assistenzarzt im Städt. Krankenhause Darmstadt. Vertretungen.
11.	Marx Lion	20. Juni 1879 Darmstadt	Würzburg, Berlin	1902 Würzburg	1903 Würzburg	Bis Novbr. 1903 Volontär-Assistent am Krankenhaus Friedrichshain in Berlin und Kinderklinik von Dr. Neumann, Berlin. Von Novbr. 1903—Septbr. 1907 prakt. Arzt in Darmstadt.
12.	Lewinberg Georg	3. April 1880 Sophienthal (Kreis Lebus)	Berlin	1904 Berlin	1904 Leipzig	Mai Aug. 1904 Volontär-Assistent in Dr. Bendix Kinderpoliklinik, Berlin Oktbr. 1904—April 1905 bei Dr. Hoffnung, Luckenwalde. Sommer 1905 Vertreter verschied. Kollegen. Oktbr. 1905 - Febr. 1906 Volontär in Dr. Abels Frauenklinik, Berlin. April 1906—März 1907 Schiffsarzt bei der Hamburg-Amerika-Linie. April 1907 - Septbr. 1907 Vertreter von Dr. Walther, Sprendlingen.
13.	Marx Max	10. Dez. 1879 Biebrich a. Rh.	Freiburg, Würzburg, Giessen, Göttingen	1903 Göttingen	1903 Würzburg	Von 1903—Ende 1906 Vertretung, resp. assistiert, von März—1. Septbr. 1907 prakt. Arzt in Oberhausen (Rhld.)
14.	Willemer Karl	6. Nov. 1861 Frankfurt a. M.	Freiberg, Erlangen, Berlin, Greifswald, Würzburg, München, Jena	1890 Jena	1897 Jena	3/4 Jahr Assistenzarzt eines prakt. Arztes in Krefeld (Dr. Winselmann). 2 Jahre Assistenzarzt im Städtischen Krankenhaus Frankfurt a. M. (San.-Rat Dr. Knoblauch † und Prof. Dr. Rehn). 1/4 Jahr in Wien zu Studienzwecken. 1893—1897 Assistenzarzt bei Dr. Carl, Frankfurt a. M., 1897—1902 ebendaselbst als mitberatender Arzt, seit 1897 Augenarzt in Frankfurt a. M.

	Zu- und Vorname	Zeit und Ort der Geburt	Besuchte Universitäten	Jahr u. Ort der Approbation	Jahr u. Ort der Promotion	Seitherige Tätigkeit
15.	Nahm Nikolaus	5. Dezbr. 1864 Grünstadt (Pfalz)	München	1887 München	1887 München	Prakt. Arzt in Abtswind (Unterfr.), Assistenzarzt in Falkenstein, Chefarzt der Heilstätte Ruppertshain i. T.
16.	Waldmann Karl	3. März 1864 Worleis, Prov Sachsen	Berlin, München	1890 München	1890 München	Von 1890—1900 Landarzt in Verny (Lothr.). Ausbildung als Spezialarzt in Paris (Lermoger) und München (Bezold und Schech) für Ohr und Nase, daselbst auch als Zahnarzt (Approbation 1903, von Juli 1903—Septbr. 1907 in Homburg v. d. H.
17.	Voss Otto	10. Aug. 1869 Glauchau	Berlin	1894 Berlin	1893 Berlin	1894—1899 Assistenzarzt 2. und 1. Klasse in Stralsund und Strassburg i. E., von 1. Oktbr. 1899 ab Stabsarzt, als solcher bis 1901 Assistent am I. anatom. Institut unter Geheimrat Waldeyer, von 1901—1905 an der Charité-Ohrenklinik unter Geheimrat Trautmann und Passow, von 1905 ab dirig. Arzt der Ohrenabteilung im Krankenhaus der Barmherzigkeit, Königsberg i. Pr., Juli 1905 Habilitation als Privatdozent für Otol. u. Rhinol. an der Universität Königsberg, Jan. 1907 Prädikat Professor.
18.	Rudow Arthur	20. Jan. 1868 Seesen a. Harz	Jena, Würzburg, München	1894 München	1893 München	Assistent von Geheimrat Prof. Schede †, Hamburg. Assistent am orthopäd. Institut von Dr. H. Nebel, Frankfurt a. M prakt. Arzt in Eckartsberga und Naumburg a. S.
19.	Herzog Ulrich	15. Mai 1874 Tübingen	Tübingen	1898 Tübingen	1898 Tübingen	1898—1903 Sanitätsoffizier der Kaiserl. Marine, 1903—1907 Assistenzarzt an der Kgl. Universitäts-Frauenklinik in Tübingen.

	Zu- und Vorname	Zeit und Ort der Geburt	Besuchte Universitäten	Jahr u. Ort der Approbation	Jahr u. Ort der Promotion	Seitherige Tätigkeit
20.	Philippson Paula	9. März 1874 Berlin	Zürich, Strassburg, Freiburg i. B. Breslau	1903 Breslau	1904 Breslau	Assistenzärztin an der Universitäts-Kinderklinik in Breslau. 1. April 1904—1. Aug. 1907 (zunächst Volontär-Assistent, dann etatsmässiger Assistent). Städt. Schulärztin in Breslau 1. Oktbr. 1905—1. April 1907.
21.	Wagenknecht Julius	20. Juli 1877 Montevideo	Bonn, Kiel, Freiburg i. B.	1902 Freiburg i. B.	1904 Freiburg i. B.	Assistenzarzt: 1902/03 Berlin, Augustahospital, 1904 Berlin, Krankenhaus Moabit, 1904/06 Bochum, Bergmannsheil (Prof. Löbker), 1906/07 Hannover, Krankenhaus I (Prof. Reinhold).
22.	Wildersinn Ferdinand	3. Juli 1865 Gerlachstein (Baden)	Heidelberg, München, Würzburg	1896 Würzburg	1898 Würzburg	Assistenzarzt am Hospital zum hl. Geist, Frankfurt a. M. 1896—1898. Wachenbuchen b. Hanau und Schwetzingen (Baden) als prakt. Arzt.
23.	Lipstein Alfred	3. Juni 1876 Königsberg i. Pr.	Freiburg, Kiel, München, Heidelberg	1899 Heidelberg	1899 Heidelberg	1899—1901 Assistenzarzt am Dr. Senckenbergischen pathol. Institut (Prof. Weigert), 1901—1903 Assistenzarzt am Institut für experment. Therapie (Prof. Ehrlich), 1903—1904 in Strassburg mit physiol., chem. u. klin. Studien beschäftigt, 1904—1906 Assistent an der inneren Abteilung des Städtischen Krankenhauses, Frankfurt a. M. (Prof. v. Noorden), 1906—1907 Assistenzarzt an der Poliklinik für Magen- und Darmkrankheiten von Prof. Rosenheim in Berlin.

b) Ausserordentliche Mitglieder.

	Zu- und Vorname	Zeit und Ort der Geburt	Besuchte Universitäten	Jahr u. Ort der Approbation	Jahr u. Ort der Promotion	Seitherige Tätigkeit
1	Reiss Emil	12. Mai 1878 Frankfurt a. M.	München, Berlin, Strassburg	1901 Strassburg	1902 Strassburg	Einjähriger Arzt, Frankfurt a. M. Volontärassistent an der mediz. Klinik, Strassburg. Schiffsarzt. Assistent an der medizin. Poliklinik Heidelberg. Assistent am Städt. Elisabeth-Krankenhaus Aachen Aufenthalt zu theoret. Arbeiten an den Instituten für physikal. Chemie in Heidelberg und Göttingen.
2.	Danziger Felix	12. Aug. 1880 Leipzig	Freiburg i. B., Leipzig	1906 Leipzig	1906 Leipzig	Seit 1. Januar 1906 Assistenzarzt an der Hautklinik des Städt. Krankenhauses, Frankfurt a. M.
3.	Baumann Felix	21. Nov. 1877 Huisberden bei Cleve	Freiburg i. B., Kiel, München, Leipzig	1902 Leipzig	1902 Leipzig	Juli 1902—Juni 1903 Assistenzarzt in Düsseldorf, Juli 1903–Septbr. 1906 Schiffsarzt in Diensten des Nordd. Lloyd in Bremen, seit Oktober 1906 Hilfsarzt an der Klinik für Hautkranke am Stadt. Krankenhaus in Frankfurt a. M.
4	Schüler Julius	12. Juli 1864 Götzenhain	Heidelberg, Marburg, München, Würzburg	1891 Würzburg	1894 Leipzig	Allg. Praxis in Hochstadt und Bischofsheim (Kreis Hanau). 1892 Einjährig-Freiwilliger Arzt, Drag.-Regt. 23 in Darmstadt.
5.	Kappers Ariens	9. Aug. 1877 Groningen	Amsterdam	1904 Amsterdam	1905 Amsterdam	Assistent für pathologische und normale Histologie, Privatdozent der Histologie an der Universität Amsterdam.

	Zu- und Vorname	Zeit und Ort der Geburt	Besuchte Universitäten	Jahr u. Ort der Approbation	Jahr u. Ort der Promotion	Seitherige Tätigkeit
6.	Moses Leo	30. Juli 1882 Frankfurt a. M.	Marburg, München, Berlin	1905 Marburg	1905 Marburg	Assistenzarzt am Hospital der Israelit. Gemeinde. Frankfurt a. M.
7.	Rothschild Julius	24. Juni 1882 Wehrheim	München, Berlin	1906 München	1906 München	Praktikant am Städt. Krankenhaus Frankfurt a. M. vom März—September 1906.
8.	Stargardter Julius	19. Febr. 1881 Zempelburg (Westpr.)	Berlin, Freiburg i. B.	1906 Freiburg i. B.	1906 Freiburg i. B.	März—Juli 19 6 Volontärassistent in der Poliklinik für innere Krankheiten von Prof. Litten und Privatdozent Dr. Klemperer in Berlin und in der Poliklinik für Nervenkrankheiten von Prof Mendel, Berlin, Seit August 1906 Assistenzarzt am Hospital zum hl. Geist, Frankfurt a. M.
9.	Gaertner Arthur	26. Aug. 1878 Metz	Jena, Leipzig, Heidelberg	1903 Leipzig	1903 Leipzig	Assistent am Sanatorium Bad Stuer und am Lazarett Sandgrube in Danzig.
10.	Wegener Wilhelm	19. März 1882 Peckelsheim (Westf.)	Giessen	1905 Giessen	1907 Giessen	1 Jahr Assistenzarzt bei San.-Rat Wegener in Preungesheim, dann prakt. Arzt in Eckenheim.
11.	Goldschmid Edgar	14. Dez. 1881 Frankfurt a. M.	Freiburg, Kiel, München, Berlin	1906 München	1906 München	Als Med.-Praktikant München, Klin. Institut der Universität (Prof Sittmann), München, Krankenhaus l. I. III. med. Abtlg. (Prof. Posselt), London, Deutsches Hospital (Dr. F. P. Weber und Dr. Fürth); als Assistenzarzt am patholog. Institut in Frankfurt a. M. (Prof. Albrecht).

	Zu- und Vorname	Zeit und Ort der Geburt	Besuchte Universitäten	Jahr u. Ort der Approbation	Jahr u. Ort der Promotion	Seitherige Tätigkeit
12.	Brandt Friedrich	23. Juli 1855 Nymwegen	Bonn, Berlin, Baltimore	1884 Bonn	1899 Jena	Prakt. Arzt in Düsseldorf, vorübergehend in Darmstadt.
13.	Quensel Friedrich Wilhelm	7. Mai 1873 Magdeburg	Freiburg i. B., München, Göttingen, Berlin, Leipzig	1896 Leipzig	1896 Leipzig	Oberarzt an der psychiatr. und Nervenklinik der Universität Leipzig, Privatdozent an der Universität Leipzig.
14.	Propping Karl	5. Aug. 1880 Minden i. W.	Freiburg, Jena, München	1904 München	1904 München	Assistenzarzt bei prakt. Arzt Dr. Müller in Schleusingen (½ Jahr), Schiffsarzt (¼ Jahr), seit Oktober 1905 Hilfsarzt der chirurg. Klinik des Städt. Krankenhauses in Frankfurt a. M.
15	Hoehne Fritz	26. März 1878 Kosel	Königsberg i. P.	1903 Königsberg i. P.	1903 Königsberg i. P.	April–Septbr. 1903 Einjährig-Freiwilliger Arzt im Garnisonslazarett zu Königsberg, Oktbr.—Dezbr 1903 Volontärarzt in der Universitäts-Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten in Breslau. April 1904—Januar 1905 Assistenzarzt an der Abteilung für Frauenkrankheiten im Krankenhaus der Barmherzigkeit zu Königsberg, Febr. 1905—Juli 1906 Schiffsarzt bei Nordd. Lloyd Oktbr. 1906—Juni 1907 Assistenzarzt in der Universitätsklinik für Hautkranke in Breslau, seit Juli 1907 Assistenzarzt im Städt. Krankenhaus (Abteilung f r Hautkrankheiten) in Frankfurt a. M.
16	Gutmann Karl	10. Mai 1876 Kastel bei Mainz	Berlin, München, Würzburg	1899 Würzburg	1898 Würzburg	Spezialarzt für Hautkrankheiten.

	Zu- und Vorname	Zeit und Ort der Geburt	Besuchte Universitäten	Jahr u. Ort der Approbation	Jahr u. Ort der Promotion	Seitherige Tätigkeit
17.	Pfannmüller Ferdinand	14. Juli 1871 Mommenheim	Giessen	1894 Giessen	1894 Giessen	Assistenzarzt am Krankenhaus Mainz (Dr. Reissinger) Sanatorium Dr Bartels, Kreischa-Dresden. Städt. Irrenanstalt Frankfurt a. M. (Prof. Dr. Sioli). 14 Monate Vertreter von Dr. Spielhagen, Cronberg
18.	Eppenstein Hermann	1. Febr. 1880 Breslau	Breslau, Freiburg i. B., München, Berlin	1903 Breslau	1903 Breslau	1903/04 Einjährig-Freiwilliger Arzt und Schiffsarzt d. d. G. „Kosmos", 1904—1907 Assistenz- und Sekundärarzt an der Universitäts-Poliklinik und Allerheiligen-Hospital Breslau.
19.	Betke Richard	5. Aug. 1875 Lindow (Mark)	Berlin	1902 Berlin	1902 Berlin	Aktiver Militärarzt, zunächst beim Feldart.-Regt. 14, dann beim Sanitätsamt XIV A.-C in Karlsruhe.
20.	Vogt Heinrich	23. April 1875 Regensburg	München, Heidelberg, Göttingen	1899 Göttingen	1899 Heidelberg	1899—1901 Assistenzarzt am anatom. Institut Göttingen, 1901—1901 an der psychiatr. Klinik Göttingen (1903 9 Monate in Zürich, hirnanatom. Institut), 1904 habilitiert Göttingen, seit Juni 1904 III Arzt Prov.-Anstalt Langenhagen, gleichzeitig Dozent Univers. Göttingen.
21.	Wagner Albert	14. März 1861 Fulda	Marburg	1886 Marburg	1886 Marburg	Prakt. Arzt in Mühlheim a. M., Besitzer und Leiter eines Sanatoriums daselbst für Nerven- und Gemütskranke (Konzession für Geisteskranke).
22.	Deetz Eduard	11. April 1873 Homburg v. d. H.	Genf, Würzburg, Strassburg, Berlin	1898 Strassburg	1898 Strassburg	$1^1/_4$ Jahr bei Prof. Orth in Göttingen, 1 Jahr bei Prof. Schmorl in Dresden, $1^1/_4$ Jahr bei Prof. v. Mering, Halle, $4^1/_2$ Jahr bei Prof. Müller, Rostock, als Assistent.

Nekrologe.

Moritz Schmidt.

Den Frankfurter Aerzten den Lebenslauf und die Bedeutung von unserem verstorbenen Mitgliede Moritz Schmidt schildern zu wollen, scheint eine überflüssige Aufgabe, da es wohl keinen unter uns gibt, dem nicht die markante Gestalt des zu den höchsten Ehren aufgestiegenen Frankfurter Arztes in unvergesslichem Andenken steht. Es gehört aber zu den Ehrenpflichten des Jahresberichtes, auch an dieser Stelle noch einmal des Mannes zu gedenken, an dessen Grabe der Verein durch seinen Vorsitzenden schon dem Verluste Ausdruck gegeben hat, den der Verein und die ärztlichen Institute erlitten haben. War doch Schmidt noch bis an sein Lebensende ein Förderer und Zuhörer in unseren Versammlungen geblieben, nachdem er schon jahrelang sich von der Ausübung der Praxis zurückgezogen hatte.

Die öffentlichen Zeitungen haben ausführlich über Schmidts Persönlichkeit berichtet, die biographischen Lexika, nicht bloss die medizinischen haben ihn in den Kreis berühmter Persönlichkeiten aufgenommen. An dieser Stelle soll, vorläufig wohl zum letzten Male, seiner gedacht werden als Mitglied des ärztlichen Vereins und als Frankfurter Arzt.

Schmidt stammt aus einem für seine Laufbahn prädestinierten Milieu. Sein Vater, Adolf Schmidt-Heyder, war ein sehr angesehener Frankfurter Arzt, der neben der ärztlichen Praxis Neigung und Sinn für rein wissenschaftliche Studien besass. Bald nach den bahnbrechenden mikroskopischen Arbeiten Schwanns und Virchows gründete Adolf Schmidt in Frankfurt einen mikroskopischen Verein, der die neue Lehre eifrig pflegte und auch bereicherte. Die Mutter stammte aus bester Frankfurter Kaufmannsfamilie. Beide Eltern starben nach einem langen harmonischen Leben im höchsten Alter. So wurde Schmidts Sinn früh auf Praxis und Wissenschaft gerichtet und blieb von den unedlen Einflüssen materieller Not und kleinlichem Geldfrohnen verschont. Nach seinen Studien in Göttingen, wo die Burschenschaft „Brunsviga“

MORITZ SCHMIDT.

ihn zu den ihrigen zählte, begab er sich auf Reisen. Später ging er nach damaliger Sitte nach London und Paris, nachdem er in Utrecht ein interessierter Schüler und Anhänger des Ophthalmologen Donders gewesen war, sodass er sich mit der Idee trug, Augenarzt zu werden. In London fand Schmidt zufällig im Wartezimmer eines englischen Kollegen, an den er empfohlen war, Czermak vor, der von seinem neuen Spiegel sprach und es fertig brachte, dass Schmidt sich von ihm spiegeln liess und Czermaks Kehlkopf besichtigte. Diese Zufälligkeit bestimmte von nun an Schmidts medizinische Entwicklung. — Im Jahre 1862 begann er seine praktische Tätigkeit als junger Assistenzarzt am Senckenbergischen Hospital zu Frankfurt a. Main. Als Exzellenz und hoher Ordensherr übergab er 45 Jahre später den Neubau derselben Senckenbergischen Stiftung einer künftigen Generation. Seine allgemeine und die laryngologische ärztliche Praxis nahm bald eine sehr grosse Ausdehnung an. Es war ihm das Glück beschieden, zur Genossin seines der Arbeit und den Kranken gewidmeten Lebens die Tochter eines der vornehmsten, jetzt geadelten Frankfurter Patrizierhauses zu erhalten. Die Fortschritte der neuen Wissenschaft, der Laryngologie, verlor er niemals aus dem Auge; als Autodidakt versuchte er sich fortzubilden, auf kleinen Ferienreisen erhaschte er im Fluge die letzten Fortschritte. Mit Vergnügen zeigte er mir einmal vor langer Zeit ein kleines Photopraphiealbum, wo er in sauberster Aquarelltechnik alle ihn interessierenden Spiegelbilder (Lähmungen, Gechwülste, Geschwüre etc.) für sich selbst gemalt hatte. Von 1862—1886 war Schmidt praktischer Arzt, zugleich ein gesuchter Laryngologe. Dann wurde die Fülle der Arbeit so gross, dass er die allgemeine Praxis zu seinem eigenen Bedauern aufgeben musste, um von 1887 ab sich ganz der Spezialität widmen zu können. Er vergass aber auch als Spezialist niemals den allgemeinen Praktikus und ihm passierte es nicht wie anderen „reinen" Spezialisten, dass er wegen Luftmangel die Nase operierte und dabei eine schwere Aortenstenose unerkannt liess. Fast jeder Patient, auch der Widerstrebende, musste sich auch später der Allgemeinuntersuchung unterziehen, besonders der Brust, der Temperatur- und der Urinuntersuchung, und hunderte Mal wurde eine dem Träger noch unbekannte Zuckerharnruhr oder Phthise entdeckt, der nur von seinem „Rachenkatarrh" kuriert sein wollte. Schmidt äusserte sich einmal im höchsten Grade unbefriedigt über eine süddeutsche Halsklinik, wo während der ganzen Sprechzeit, der er beiwohnte, keine Lungenuntersuchung gemacht wurde, auch nicht bei

den lokal behandelten Halstuberkulosen. Selbst nach fern liegenden Dingen, wie die bewegliche Niere, Hernien, perniziöse Anämien, pleuritische Ergüsse, Anästhesien der Körperoberfläche, Gesichtsfeldbeschränkungen, Augenhintergrundveränderungen wurden in seiner Sprechstunde eifrigst gesucht. Ich selbst erhielt die Assistentenstelle bei ihm, weil ich bis dahin an der Giessener Universitätsklinik für innere Kranke eine breite Ausbildung als Assistent Riegels erhalten hatte. Alle Untugenden der Spezialisten: der beschränkte Blick, die rasche Routine und Vieloperiererei, die Ausseracht-lassung anderer oft wichtigerer Leiden, das Vergessen, kranke Menschen und nicht laryngoskopische Fälle vor sich zu haben, alle solche Folgen „nur spezialistischer" Ausbildung blieben trotz kaum zu bewältigender Privatsprechstunden ihm immer fern. Schmidt war ein Arzt und kein Spezialist. Alle, die sein Lehrbuch kennen, werden das bestätigen. Noch jahrelang blieb er ein Konsiliarius der Stadt für komplizierte innere Fälle, bis v. Noordens Berufung ihn dieser Mühe überhob. Gerade Schmidt war es, der eine Autorität auf innerem Gebiete nach Frankfurt verlangte, da er fühlte, dass seine Zeit und Kenntnisse nicht mehr für den Posten eines Konsiliarius ausreichten.

Bis zum Jahre 1888 blieb Schmidt ohne Titel. Erst nach 26jähriger Praxis wurde er Sanitätsrat. 1892 bekam er den Titel Professor, 1896 den Geheimen Sanitätsrat, 1899 den Geheimen Medizinalrat aus Anlass der Einweihung des Instituts für experimentelle Therapie in Frankfurt, 1903 nach der Operation des Kaisers wurde er Exzellenz. Seiner vornehmen, mit hohen Orden geschmückten Erscheinung standen die Würden vortrefflich; er trug das goldgestickte seltsame Hofkleid wie ein Grandseigneur, im Gegensatz zu vielen „demütig stolz verlegenen" Gelehrten, die im Glanz des ungewohnten Schmuckes eine schüchterne komische Figur werden. Für uns Frankfurter lag der Vergleich mit dem alten Geheimrat Goethe nahe: Die vornehme Figur, die geheimrätliche Haltung, das vielgeteilte Interesse und die vorsichtige Art des Ausdruckes neben der süddeutschen Liebenswürdigkeit und Einfachheit der gesellschaftlichen Formen gaben das Bild einer Persönlichkeit, die mit Recht zu den Spitzen der Stadt und zu den Kapazitäten der Medizin Deutschlands gezählt wurde. Schmidt, der Spezialist, präsidierte der Naturforscherversammlung zu Frankfurt mit derjenigen Schicklichkeit und Autorität, die eine solche Stellung erforderte.

Der Verstorbene hatte nicht bloss ein Interesse für die Laryngologie oder gar nur für die Ausgestaltung der eigenen

Praxis, sondern verriet auch früh einen organisatorischen Sinn, um medizinischen Instituten Licht und Gedeihen zu bereiten. Die mit der Senkenbergischen Stiftung verbundenen Institute wurden jahrzentelang von ihm verwaltet. Man kann zu Schmidts wichtigsten und vorurteilslosesten Taten die Berufung Karl Weigerts als pathologischen Anatomen nach Frankfurt rechnen, einen weltbekannten Forscher, dem sich als Juden die Universitäten verschlossen. Er baute die Augenheilanstalt aus und bereitete ihr ein neues Heim im Anschluss an die „medizinische Akademie", er ermöglichte mit Anderen den Neubau des Naturwissenschaftlichen Museums und war mit Dettweiler und dem älteren Thilenius von Soden der Begründer und Erbauer der ersten Lungenheilanstalt im Westen Deutschlands: der Kuranstalt Falkenstein, die jetzt zu einem Offiziersgenesungsheim auf kaiserliche Kosten umgestaltet wird. Schon bei der Begründung wurde statutengemäss der Gedanke festgelegt den Ueberschuss der Anstalt zum Aufbau einer Volks-Lungenheilstätte zu verwenden. Später enstand dann auch in Ruppertshain im Taunus die erste Volksheilstätte Deutschlands. So erwies sich Schmidts organisatorische Kraft auch in dieser Richtung als segensreich und vorbildlich. Da er bei der Einweihung des Königl. Instituts für experimentelle Theraphie zum Ehrenmitglied desselben und zum geheimen Medizinalrat ernannt wurde, dürfen wir wohl annehmen, dass er auch hier gestaltend und fördernd mitgewirkt hat.

Als Arzt war Schmidt Optimist: also war er ein guter Arzt für seine Kranken. Er vertraute, des Gottes sicher, auf alle guten Kräfte der menschlichen Natur und der ärztlichen Mittel, war nicht skeptisch gegen Neues, probierte gern an sich selbst neue Arzneien, kaufte jedes etwas versprechende neue Instrument oder neue Werk und schuf eine fast komplette laryngologische Bibliothek, die jetzt zum Teil Allgemeinbesitz der Senkenbergischen Bibliothek geworden ist. Für die reine Wissenschaft mag vielleicht eine grössere Dosis vorsichtiger Skepsis besser sein, für den werktätigen Arzt gibt der Optimismus erst den rechten Mut zum Kampf gegen Krankheit und Tod.

Schmidts liebenswürdige vornehme Art verstand hoch und niedrig zu befriedigen; der Lampenanzünder und Feuerwehrmann sprach sich ebenso lobend über ihn aus, wie er verstand, die vornehmsten Kreise und die höchsten und allerhöchsten Herren zu friedigen. Dafür gibt es wohl bloss eine Lösung: er war stets er selbst, der in sich selbst ruhende

Bürger einer noch zu seinen Zeiten freien Reichsstadt, ein später königstreuer Sohn der ehemaligen Republik Frankfurt.

Ich war einmal zugegen, als er die Kronprinzessin von Schweden, die jetzige Königin, an Nasenpolypen operierte. Es wurde ihr keine besondere Sprechstunde angesetzt und in der gewöhnlichen Ordinationsstunde wurde die Operation ohne alle besonderen Zurüstungen vorgenommen, während der baumlange Kronprinz im Wartezimmer unruhig auf und abpromenierte. Später wurde Schmidt zum badischen Grossherzog nach Karlsruhe berufen, um einen Eingriff in der Nase vorzunehmen. Dabei passierte ihm nun das Missgeschick, das nun einmal alle trifft, wo es sich um die besten und wertvollsten Patienten handelt, die Tücke des Objekts setzte ihn in Verlegenheit. Es war zur Zeit des Methylengebrauchs nach Aetzungen. Schmidt nahm im Reisetäschchen alle Instrumente fein säuberlich desinfiziert mit und das Fläschchen mit Methylen. Dieses zerbrach und die ungeheure Färbekraft des Methylens bläute alle Instrumente, seine Hände, den Grossherzog etc., so dass er die freilich gern gewährte Nachsicht des Herrscherpaars beanspruchen musste. Die Frau Grossherzog brachte selbst die Waschschüssel herbei und assistierte freundlich und hilfreich wie eine gute Bürgersgattin.

Zweien deutschen Kaisern diente Schmidts Kunst. Er fuhr im gleichen Zug und Wagen mit dem Prinzen Wilhelm nach San Remo, so dass er Gelegenheit hatte, viele Stunden sich mit dem zukünftigen Beherrscher Deutschlands zu unterhalten. Der Prinz war so ergriffen, dass er Essen und Trinken vergass, so dass nach Hofsitte auch Schmidt die lange Reise hungernd vollenden musste. In San Remo fand er wohl viel Aerzte, viel Uebelwollen Mackenzies und nicht einmal ein geeignetes Licht zur Untersuchung. Bei einer mässigen Petroleumlampe sollten die Konsiliarii entscheiden, ob beim Kronprinzen Friedrich Wilhelm Krebs vorlag oder nicht. Seit dieser Reise verlor Kaiser Wilhelm den Frankfurter Arzt nicht mehr aus den Augen. Er erkannte ihn später einmal auf dem Trottoir des Brandenburger Tores stehend im Vorüberfahren und winkte ihm zu. Schmidt wurde zur kaiserlichen Tafel befohlen und fand von da ab öfters den Weg zur Majestät offen.

Als der Kaiser an dem schon von Ilberg konstatierten Polyp operiert werden sollte, fuhr Schmidt heimlich nach Potsdam und von dort im geschlossenen Wagen nach dem Neuen Palais, wo er bis zur Vollendung der Operation aus politischen Gründen „interniert" wurde. Das Gewächs war

schon zwei Monate vorher durch Schmidt bei einer geheim gebliebenen Konsultation im Manöverlager verifiziert worden. Aus Rücksichten auf den geplanten Besuch beim Kaiser von Oesterreich wurde die Operation verschoben. Des Kaisers Willensstärke und Beherrschung zeigten sich auch als Patient. Auf die Frage, ob heute operiert würde, antwortete Schmidt ausweichend: Das könne man nicht so sagen, es käme auf die ruhige Haltung des Patienten und den Grad der Einübung an. Der Kaiser erwiderte sofort: Nun, man setzt sich ja auch ein paarmal auf den Anstand an, um einen Rehbock abzufangen! Also warten wir ab.

Schmidt hatte fast ein Jahr nicht mehr praktiziert. Um so bewundernswerter war seine Geschicklichkeit, mit der er nach der ersten Kokäinisierung den breitbasigen Polyp mit dem Kehlkopfmesser stielte und dann mit der Zange glatt herausholte.

Auf Schmidt past der für einen anderen geprägte Vers:

„Fürsten gar vielfach ein Arzt,
doch selber ein Fürst unter Aerzten."

Das Bild, das wir von dem seltenen Mann festhalten wollen, wäre aber unvollständig, wenn wir nicht auch seines nicht medizinischen Lebens und Wirkens gedenken wollten. Er war ein Frühaufsteher; morgens um 5 oder 6 Uhr sass er schon an literarischen Arbeiten oder Verwaltungssachen; er war ein Freund der Natur und suchte manchmal in versteckter Eile Erholung und neue Kräfte auf der Jagd. Seine schöne Sammlung jagdlicher Trophäen wird in Zukunft das Naturwissenschaftliche Museum in Frankfurt zieren. Er selbst sprach nie von dem edlen Waidmannswerk, wohl aus Vorsicht, um nicht den zahlreichen Patienten, die ihn nicht aus dem Auge verloren Anlass zur Unzufriedenheit zu geben. Einige Minuten des Tages gehörten später auch seinem grossen Garten. Er war ein Nelkenfreund und -Züchter, eine Art führt seinen Namen. Sein Gartenobst kam in bester Qualität auf die eigene Tafel, ja eines Tages zeigte sein Obergärtner dem Professor Luc aus Paris und mir ein schön gerahmtes Blatt mit dem eigenhändig geschriebenen Attest des Wilhelm I.R., der ihm bestätigt, dass seine Birnen die besten seien, die er je gegessen habe. Schmidt liebte trotz seines grossen Reichtums die Einfachheit bürgerlichen Lebens; er kaufte keine Antiquitäten noch teure Bilder oder Plastiquen, noch suchte er nach den modernen Errungenschaften neuesten großstädtischen Luxus. Ererbte, altväterische, schwere und gediegene Möbel umgaben ihn und umrahmten den Patrizier mit festgefügter, eingesessener Ruhe und Gediegenheit.

Nur ein Zug war in Schmidt, der den Abstand zwischen ihm und vielen anderen Aerzten vergrösserte, wenn er ihn vielleicht dem Kaiser gerade innerlich ganz nahe brachte: das war sein Verhältnis zur Religion.

Zwei Seelen wohnten, streng getrennt, in seiner Brust: der Naturforscher und der Gottesmann. Es schien mir wie eine Personalunion zweier Staaten in der Person eines Mannes. Kein Staat litt unter dem anderen, nicht einmal das, was man mit dem vermessenen Worte: Weltanschauung zu benennen pflegt. Schmidts Glaube war ein starker, naiver, ehrlich lutherischer und direkt persönlicher Glaube. Bei zwei schweren Operationen an seinem Körper fühlte er die Hand Gottes sicher in der seinen ruhen und er sah das ungewöhnliche Mass von äusserem Erfolg und innerem Glück seiner Ehe als direkt gottgewolltes Ereignis an. „Haltet mich nicht auf, denn der Herr hat Gnade zu meiner Reise gegeben" bestimmte er selbst als Text zu seiner Grabrede. „Auf dem Wege, den noch keiner ging zurück", ging er fester Hoffnung dahin, wo die Anderen, die ärmer geworden sind im väterlichen Glauben, gesenkten Hauptes, nichts mehr zu hoffen wagend, ihr Ende erreicht haben. Alle Pfarrer der Stadt begleiteten seine Leiche, alle Glocken der Stadt läuteten und der Vertreter des Kaisers, der Stadt, der Universitäten, der Stiftungen, der ärztlichen Vereine und Institute türmten ihre Palmenkränze zu einer fürstlichen Begräbnisstätte.

So schien es denn, als ob Staat, Kirche und Gemeinde den grössten Anteil an Schmidts Person beanspruchen konnten, bis schon beim Begräbnis bekannt wurde, dass Schmidts letzte Tat eine Ehre für die Wissenschaft war. Er befahl, seine Lunge zu untersuchen, um zu prüfen, ob der Verkehr mit Tuberkulösen, den er so viele Jahre in besonders reichem und operativem Masse geübt hatte, einen Einfluss auf seine Organe ausgeübt hat. Es fand sich ein alter Herd, der vernarbt war, in einem Unterlappen. Die Möglichkeit, dass dieser Herd einer ehemaligen Inhalationsinfektion seine Entstehung verdankt, ist nicht zu bestreiten, aber auch nicht zu beweisen. Die Familie Schmidts war nicht frei von Tuberkulose, seine Schwester starb an dieser Krankheit.

So bot er sogar der laryngologischen Wissenschaft noch seinen toten Körper an, um eine medizinische Frage zu beantworten. Wer tut das ihm nach? Nicht viele, auch nicht von denen, die sich von der Kirche und der Auferstehungslehre emanzipieren konnten.

Es hiese dem Urteil der medizinischen Geschichte vorgreifen, wenn wir uns heute schon vermessen wollten, die Bedeutung einzelner Arbeiten und Werke des Mannes für die Laryngologie bewerten zu wollen. Schmidt war kein Publizist und kein Vielschreiber, er animierte seine Assistenten auch nicht zu Publikationen. Menschen behandelte er, und zu Aerzten für Menschen bildete er seine Assistenten und Volontäre aus. „Aus der Praxis für die Praxis" [wie der Untertitel seines berühmten Lehrbuches heisst, das jetzt in dritter Auflage seine Kentnnisse und Erlebnisse einem neuen Geschlechte übermitteln wird.] Jener Titel könnte sein Wappenspruch gewesen sein. Praktische Aerzte, nicht literarische Mediziner suchte er heranzubilden. Er dozierte deshalb nicht, lehnte auch eine Berufung als Professor an die Universität Marburg ab, sondern lebte das aufregende tätige, hilfsbereite und hingebende Leben eines Arztes, für den die ärztliche Ehre darin bestand, nichts zu unterlassen, was zur Eruierung einer richtigen Diagnose und was zur Heilung einer erkannten Krankheit beitragen konnte. Und wenn er — wie ein Grosser vor ihm — keine schriftlichen Worte hinterlassen hätte, müssten seine Schüler die Tradition seines Arztens fortsetzen so lange sie praktizieren, denn seine Lehre war sein eigenes Leben.

Die Laryngologen Deutschlands betrauern in dem Heimgegangenen eine ihrer Grössen, dessen glänzender Erfolg auch einen freundlichen Lichtschein auf die grosse Zahl spezialistischer Kleinhandwerker warf.

Wir Frankfurter Aerzte verloren in ihm einen treuen Kollegen und eine weit nach aussen glänzende Spitze, der sich freute, durch seine besonderen Beziehungen gemeinnützigen Einrichtungen seiner Vaterstadt bis an sein Ende wirksam dienen zu können.

Georg Avellis.

Friedrich Wilhelm Grandhomme sen.

Unter der heutigen Aerztewelt ist der Sinn für das Historische im ganzen nur noch wenig ausgebildet. Die Geschichte unserer Wissenschaft ist ja nicht mehr Gegenstand der Staatsprüfung; wenn wir geprüft würden, dürften wir kaum etwas wissen. In Frankfurt a. M. ist die Sache nicht ganz so schlimm. Die eigenartige Entwicklung der freien Reichsstadt, der enge Kreis der in Betracht kommenden Persönlichkeiten, insbesondere die Wirksamkeit Dr. Senkenbergs und seiner Stiftungen, die einen Mittelpunkt ärztlicher Forschung bildeten, schufen einen günstigen Boden für die Historie. So kam es, dass wir jederzeit auch in den letzten Jahrzehnten Kollegen unter uns hatten, die sich als Forscher und Sammler auf dem Gebiete der Geschichte der Frankfurter Aerzte betätigten; ich erinnere u. a. nur an den seligen Stricker — und an unsern Roediger. — Dass aber in weiteren Kreisen der hiesigen Aerzte eine wenn auch nur platonische Zuneigung für das Leben und Wirken der Altvordern jetzt noch vorhanden ist, ja dass auch Geldmittel zur Erhaltung der Tradition wenns nottut zur Verfügung stehen, beweist die Vermehrung der schönen Gemäldesammlung von Dr. Christian Senckenberg in den neuen Räumen des Bibliothekbaues in der Victoria-Allee, die wir eben erst erlebten.

Einen wesentlichen Beitrag zur medizinischen Ortsgeschichte unserer Stadt — in einzelnen Fragen wohl auch zur Geschichte unserer Wissenschaft überhaupt — bildeten ferner von alters die Nekrologe über die verstorbenen Mitglieder unseres Vereins. Das folgende Lebensbild eines alten bewährten Doktors soll davon Zeugnis ablegen. Einzelne Perioden des zu schildernden Lebensganges werden auch manche Berührungspunkte mit der politischen Geschichte darbieten.

Friedrich Wilhelm Grandhomme stammte aus einer früher in Hessen, später im Herzogtum Nassau eingesessenen französischen Pfarrersfamilie und war am 16. September 1834

zu Usingen geboren. Auf den Gymnasien zu Weilburg und zu Hadamar bereitete er sich zu den Universitätsstudien vor, die er am 25. April 1854 nach der Immatrikulation zu Göttingen begann, in Würzburg um Ostern 1859 vollendete. Am 24. März 1860 promovierte er in Giessen. Am 27. Febr. 1861 wurde er nach der zu Wiesbaden abgelegten ersten Nassauischen Staatsprüfung in die Zahl der geprüften Kandidaten der Arzneiwissenschaft aufgenommen.

Zu jener Zeit war die ärztliche Praxis in Nassau noch nicht ein freies Gewerbe wie heutzutage, sondern die Aerzte waren in gewissem Sinne Staatsbeamte. Nach dem landesherrlichen Edikt vom 14. März 1818 war bestimmt, dass in jedem der 28. Amtsbezirke in Nassau („Medizinalbezirk") ein Medizinalrat (Gehalt 1200—1500 nassauische Gulden à 1.80 Mk.), ein Medizinalassistent (Gehalt 600—1000 Gulden) und ein Apotheker angestellt werden sollte. Ferner sollten besondere „Brunnen- und Badeärzte" an den Kurorten tätig sein. Es konnte aber nach örtlichen Verhältnissen und nach dem Bedürfnis der Bevölkerung „rezipierten" Aerzten die Erlaubnis zur Praxis erteilt werden. Auch war den geprüften Kandidaten gestattet, zu ihrer ferneren praktischen Ausbildung zum Staatsdienst und zur Unterstützung des Medizinalrats eine Zeitlang als „Medizinalakzessisten" Praxis zu treiben. War der Kandidat noch nicht in irgend einer Weise angestellt, so durfte er nur da praktizieren, wo er heimatberechtigt war. Grandhomme ging aus letztgenanntem Grunde nach dem Staatsexamen als Volontär der Hebammenanstalt nach Hadamar. Trotzdem also die nassauischen Aerzte nur unter Staatskontrolle ihre Kunst ausüben durften, war den Gemeinden, wie es scheint, doch die Möglichkeit gegeben, „sich ihre Aerzte anzusehen und auszusuchen" und gelegentlich auch ihrer Unzufriedenheit durch die Berufung eines jüngeren bezw. besseren Arztes Ausdruck zu geben. — In dieser Lage war die nassauische Gemeinde Kirberg; sie verlieh am 20. März 1861, da ihr der eine Arzt nicht gefiel, Grandhomme das Bürgerrecht „ohne Einkaufsgeld"; am 18. August 1861 gab ihm auch dfe Regierung die Erlaubnis, die Kirberger ärztlich zu behandeln. Er tat dies bald in ausgedehntem Maasse, beteiligte sich aber auch sogleich am öffentlichen Leben in liberalem Geiste und gründete nach den Grundsätzen von Schultze-Delitzsch den Kirberger Vorschuss-Verein. Die Staatskarrière Grandhommes begaun erst 1864 mit seiner Versetzung als Medizinalakzessist nach Hachenburg. Hier wars wo er sich bei

der vorgesetzten Behörde sehr bald missliebig machte, als er sich zu der nassauischen liberalen Partei schlug, die zu Preussen neigte, während die Anhänger des Herzogs bekanntlich das Bündnis mit Oesterreich erstrebten, das dem Landesherrn sehr bald sein Land kosten sollte. Der junge Medizinalakzessist, der in Hachenburg öffentlich rednerisch auftrat, wurde 1865 nach Strassebersbach „strafversetzt", also in den Westerwald zurück, der damals bei allen nassauischen Beamten aus klimatischen und sozialen Gründen nicht besonders beliebt war. Er kam ein Jahr später in gleicher Eigenschaft nach Hofheim; von dort rief ihn aber bald der Krieg Preussens gegen Nassau ins Feld. Vom 18. Juni bis 20. September 1866 diente er im II. Herzogl. Nassauischen Regiment als Bataillonsarzt II. Klasse. Dr. Grandhomme hat über seinen Kriegsdienst kurze Aufzeichnungen hinterlassen, die hier folgen sollen:

„Das zweite Regiment hatte folgende Offiziere:

Oberst v. Arnoldi; Regimentsarzt Dr. Doerr, Auditeur Schlichter, I. Bat.-Major Keim, Bat.-Aerzte: Heuser und Grandhomme, Hauptmann Grimm, Oberleutnant Flach und Leutnant v. Holbach.

Feldzug 1866.

Division Neipperg d. h. österreichische Brigade und nassauische Brigade.

30. Juni in Wiesbaden; 2. Juli nach Oberhessen.

5. Juli in Schotten; hier Nachricht von der Niederlage der Oesterreicher bei Königgrätz und deshalb zurück an den Main.

7. Juli Kolonne von 5000 Mann unter General v. Roeder von Koblenz in Nassau eingebrochen. Auf Wunsch des Herzogs Vertreibung der Preussen durch Nassauer Brigade; traf 10. Juli in Frankfurt ein. Per Bahn nach Wiesbaden und dann Biwak Hohe Wurzel.

12. Juli Angriff unter Oberst v. Neuendorff auf die von den preussischeu Truppen besetzten Orte: Zorn und Dickhardt und Vertreibung der Preussen. — General Roeder nach Koblenz zurück. — Nassauer einen Toten, einen Verwundeten. Preussen mehrere Verwundete und Gefangene.

14. Juli zurück nach Wiesbaden und dann per Bahn über Darmstadt in den Odenwald. 15. Juli 66.

Korpsführer Prinz Carl von Preussen und Prinz Alxeander von Hessen. 15. Juli Preussen in Lahnstein und 18. Juli in Wiesbaden.

25 Juli Beschluss: Vorgehen auf Aschaffenburg. Allein Manteuffel durch Gefecht bei Hundheim den Prinzen Alexander gezwungen, hinter die Tauber zurückzugehen.

24. Juli Württemberger bei Tauberbischofsheim zurückgedrängt. Biwak bei Gross-Riederfeld. Nassauische Artillerie bei Tauberbischofsheim in Aktion 24. und 25. Juli.

25. Juli Gefecht bei Gerchsheim gegen Div. Goeben. Gefecht bis in die Nacht. Dann Rückzug nach Würzburg. Infanterie stundenlang im Granatfeuer. 2 Tote, 28 Verwundete.

7. August legte Prinz Alexander Oberbefehl nieder. Badener und Hessen gingen nach Haus, Nassauer bezogen Standquartiere zwischen Günzburg und Main (?) weil Land besetzt. 14. August bis 8. September. Denkmal in Günzburg.

21. Juli Beschiessung Würzburgs.

24. und 25. Juli Gefecht der Nassauer bei Bischofsheim. Kugeln zu hoch! — Gefallen bei Gerchsheim 6 vom II. Regiment, 1 vom I. Regiment. III. Komp. II. Regiment 30 Mann Verlust (Kaes Strassebersbach †) (Nr. 190 der Mittelrhein. Zeitung, 17. August 1866). Verletzte 21. — 1 Pyämie und 1 Tetanus.

Mein Bericht an die Mittelrheinische Zeitung vom 17. August mit Namen unterzeichnet. (II. Regiment in Wiesbaden zurück am 9. September und I. Regiment am 22. September.)"

Der oben erwähnte Bericht Grandhommes findet sich tatsächlich in der Nr. 192 der Mittelrheinischen Zeitung vom 17. August 1866 und hat folgenden Wortlaut:

„Verletzte der Nassauischen Truppen."

Wir erhalten folgende Zuschrift mit dem Poststempel Bischofsheim den 15. August:

„An die wohllöbliche Redaktion der Mittelrheinischen Zeitung in Wiesbaden.

„Aus mehreren Nachrichten muss ich schliessen, dass mein bereits am 28. verflossenen Monats an Sie abgesandtes Verzeichnis unserer in meiner Behandlung stehenden Verwundeten nicht zu Ihren Händen gelangt ist. (Wir haben allerdings ein solches nicht erhalten d. Red.) und lasse ich ein solches daher nochmals beifolgen. Demselben füge ich die Namen derjenigen Verwundeten bei, die zu meiner Kenntnis gelangt sind. Die Pflege der hiesigen Verwundeten ist

in jeder Beziehung eine ausgezeichnete und können die Anverwandten derselben völlig beruhigt sein. Verbandstücke, Bettzeug, Hemden, Erfrischungen — alles ist in reichlicher Menge vorhanden. Das einzige was ich zu wünschen hätte, wären einige Flaschen guten alten Rheinweins. — Ich werde Ihnen in einigen Tagen über das Befinden meiner Verwundeten weitere Nachrichten geben, alle Anfragen von Eltern, Verwandten etc. eingehend beantworten." —

(Folgt die Liste der 30 Verwundeten mit Namen, Herkunft, Truppenteil, Art der Wunde und Prognose.) —

Es handelte sich vielfach um recht schwere Verletzungen, die Amputationen nötig machten. Grandhommes Schilderungen von Einzelheiten, die ich hier übergehe, widersprechen den vielfach verbreiteten Angaben, als hätten die nassauischen Truppen im Mainfeldzuge keine erheblichen Verletzungen und Verluste erlitten. Sie stimmen aber überein mit den „Briefen eines nassauischen Leutnants aus dem Feldzuge 1866." (Annalen f. nassauische Altertumskunde und Geschichtsforschung Bd. XXXVI, Wiesbaden 1907). Es ist Otto Freiherr von Dungern, der über den 25. Juli berichtet: „Später schlug eine Granate in unsere Kompagnie zwei Schritte hinter mir auf einen Platz, den ich eine Sekunde vorher verlassen hatte. Die Wirkung war schrecklich! Die Granatsplitter und abgerissenen Kleidungsstücke etc. fuhren natürlich um mich herum. Vier Mann blieben schwerverletzt und tot auf dem Platze, ebensoviel schleppten sich verwundet fort. Auch andere Kompagnien hatten Verluste, aber gering. Unsere Kompagnie (II. H. Nass. Reg. II. Bat. 7. Komp.) war die erste die Verluste hatte. Später explodierte nicht weit von uns eine Granate und schmetterte 15 Mann nieder" . . . . . .

Ein weiterer Brief Dungerns meldet:

„Interessieren wird es Dich, dass fast alle unsere Aerzte bei Gerchsheim auf unserem Verbandsplatz vom Feinde gefangen genommen wurden. Sie haben unsere und fremde Verwundete behandelt und sind alsdann auf Umwegen hierher zurückgeschickt worden, wodurch wir für die Zukunft in ähnlichen Fällen uns gesichert wissen. Diesmal war die Verlegenheit nicht gross, weil glücklicherweise seither keine Verwundungen mehr vorgekommen sind und wir Aerzte und Spital in Würzburg hatten."

Tatsächlich mussten die nassauischen Truppenärzte nach ihrer Gefangennahme sämtlich mit etwa 30 Verletzten hinter die Schlachtlinie nach Tauberbischofsheim zurückgehen. An

Stelle seines vom Dienst entbundenen Vorgesetzten leitete Dr. Grandhomme dort die Pflege. Es war dies keine leichte Aufgabe, da in Tauberbischofsheim bereits fünf verschiedene Spitäler errichtet und alle geeigneten Räume beschlagnahmt waren. In einer alten Schule fand er Unterkommen für seine Verwundeten. Wesentliche Hilfe ward ihm sehr bald durch eine Abteilung des Karlsruher Frauenvereins, die mit Pflegerinnen, Verband- und Nahrungsmitteln ankam und die wirtschaftliche Leitung des Spitals übernahm. Eine von den Karlsruher Damen wurde bald nach dem Kriege Dr. Grandhommes vortreffliche Lebensgefährtin.

Dr. Grandhomme war also trotz der Kriegsmisèren in bester Stimmung, als er plötzlich von der Leitung des nassauischen Kriegsspitals wegen des schon mitgeteilten Berichts an die Zeitung enthoben wurde. — Man ging noch weiter und wollte ihn wegen dieses Staatsverbrechens vor ein Kriegsgericht stellen. Er erhielt eine Ladung nach Günzburg ins Hauptquartier, der er jedoch keine Folge leistete. Das Ende der Kleinstaaterei war gekommen. Was man auf nassauischer Seite als Verrat ansah, die offene und ehrliche Art des Arztes, wussten die Preussen zu schätzen. Der preussische Oberstabsarzt, unter dessen Leitung die nassauischen Spitäler indessen nach dem Waffenstillstand gekommen waren, erklärte den jungen Bataillonsarzt für unentbehrlich und hielt ihn vom Kriegsgericht zurück, damit er sich bei einer Choleraepidemie, die im benachbarten Dittigheim ausgebrochen war, betätigte. Er hat die dort gesammelten Erfahrungen später in einzelnen Aufsätzen gelegentlich von Choleraerkrankungen in Hamburg, Finthen und Frankfurt a. M. veröffentlicht.

Nach dem Friedensschluss trat er seine Stelle in Hofheim i. Taunus an und wurde am 1. Juli 1869 zum Kreiswundarzt des Landkreises Wiesbaden ernannt.

In Hofheim i. T. verblieb er 19 Jahre lang in mühseliger Landpraxis, leitete auch eine Reihe von Jahren die dortige Kaltwasserheilanstalt. Er rühmte sich gern und nicht ohne Selbstironie, dass er von da aus im Aerztlichen Verein zu Frankfurt a. M., dessen ausserordentliches Mitglied er schon am 26. November 1866 geworden war, als Erster einen brauchbaren transportablen galvanischen Apparat demonstriert habe. Auch auf politischem und kirchlichem Gebiete befleissigte er sich, hier in fortschrittlichem Sinne zu wirken — seine Kampfnatur schuf ihm hier schon manchen Gegner.

Im Kriege 1870/71 war er im Dienste der Freiwilligen

Krankenpflege zu Strassburg und Mainz tätig; später stand unter seiner Leitung die chirurgische Abteilung des Militärlazaretts in Bad Weilbach.

Um diese Zeit etwa begannen seine Beziehungen zu Adolph Brüning, der 1862 in Höchst a. M. mit Meister und Lucius den Grundstein zu den „Höchster Farbwerken" gelegt hatte, und 1877 wurde Grandhomme Arzt der neueröffneten Strecke der Hessischen Ludwigs-Frankfurt-Limburg-Bahn. Das waren zwei Momente in Grandhommes Leben, die für sein weiteres Schicksal bestimmend waren und wohl die grössten Erfolge seines ärztlichen Lebens anbahnten. —

Zuerst war es die Gewerbehygiene, später die Mitarbeit an der Ausführung der Arbeiterversicherungsgesetze, denen er allmählich fast ausschliesslich seine Kraft als Arzt widmete.

Die Darstellung von Farben aus Bestandteilen des Steinkohlentheers, die Anilin-, Fuchsin-, Nitrobenzol-, Alizarin-, Resorzin-, Naphthol-Fabrikation usw. hatte sich damals aus kleinen Anfängen zu entwickeln begonnen. Sie hat allmählich einen Umsatz von Millionen nötig gemacht, tausenden von Arbeitern Beschäftigung, aber auch gewisse gesundheitliche Gefahren gebracht, die einerseits die hygienische Mithilfe der Aerzte erforderten, andererseits eine besondere Arbeiterfürsorge im Gefolge hatten. So entstanden die in weiten Kreisen der praktischen Hygieniker bekannten Arbeiten Grandhommes: „Die Teerfabriken der Aktiengesellschaft Farbwerke vormals Meister, Lucius und Brüning zu Höchst a. M. in sanitärer und sozialer Beziehung." I. Aufl. vom Jahre 1880 im 32. Bd. von Eulenburgs Vierteljahresschrift für gerichtl. Medizin und öffentliches Sanitätswesen, die die Erfahrungen der Jahre 1874—1879 umfassten; 1883 die II. Auflage und 1893 die III. Auflage, die die ersten Erfahrungen erweiterten und ergänzten. Diesen folgten 1903 ein Buch über die „Wohlfahrtseinrichtungen der Farbwerke" nach dem Stande im Jahre 1903, wo 4500 Arbeiter und 150 Aufseher beschäftigt wurden. Von Grandhomme stammen u. a. die allerersten genauen Beobachtungen über Anilismus und (gemeinsam mit Louis Rehn) über Bildung von Blasentumoren nach Anilinvergiftung.

Mit der Erkenntnis der toxischen Eigenschaften einzelner dabei verwandter Rohstoffe und der Fabrikate musste naturgemäss in einer so rapid wachsenden Fabrik eine sorgfältige Prophylaxe der Gewerbekrankheiten einhergehen. Tatsäch-

lich ist namentlich Adolph Brüning in dieser Beziehung bahnbrechend vorangeschritten und hat sich dabei der unermüdlichen Anregung und Mitarbeit Grandhommes zu erfreuen gehabt. So sind in weitgehendem Masse der Bau von Arbeiterwohnungen, die Errichtung von Betriebskrankenkassen, von Invalidenfonds — lange vor dem Reichsgesetz von 1883 —, die Kaiser Wilhelm und Augusta-Stiftung für laufende Unterstützungen und Pensionen (1902: Vermögen 1,634,000 Mk.), ein Kaufhaus, Bibliotheken, Speiseanstalten, Fabrikbäder, Sparkasse, Wöchnerinnenasyl, Genesungsheim (Soden), Höchster Krankenhaus, gefördert worden. Die grossen materiellen Erfolge des Unternehmens und die ausserordentliche Freigebigkeit der Besitzer ermöglichten die Gewährung von reichen Spenden, die den genannten und ähnlichen Einrichtungen zuflossen. Gar manches ward vorbildlich und mustergültig für viele gewerbliche Anstalten im Reiche.

Als Grandhomme wegen Neigung zu rheumatischen Erkrankungen 1886 seine beschwerliche Landpraxis in Hofheim aufgeben musste, zog er zuerst nach Soden i. T., wo er die Musse benützte und 1887 ein Buch schrieb: „Der Kreis Höchst a. M. in gesundheitlicher und gesundheitspolizeilicher Beziehung einschliesslich einer geschichtlichen und chronologischen Beschreibung desselben." Am 2. April 1887 wurde er Kreisphysikus des neugegründeten Kreises Höchst a. M. und übernahm dort die Leitung des Krankenhauses der Stadt. Diese Verhältnisse machten seine Uebersiedelung nach Höchst notwendig, wo er aber kaum das von ihm erbaute Haus bezogen hatte, als ihm am 7. November 1889 das Kreisphysikat des Stadtkreises Frankfurt a. M. übertragen wurde, das durch den Tod Wilbrands erledigt war.

Einen grossen Raum in Grandhommes öffentlicher Wirksamkeit nahm seine Arbeit für die Standesinteressen ein. So gab er 1873 den ersten Anstoss zur Gründung des Aerztlichen Vereins Maingau, war bis zu seinem Tode dessen Vorsitzender und mehr als zwei Jahrzehnte Vertreter auf dem Deutschen Aerztetag. Auch die Anregung zur Errichtung der Aerztekammern des Regierungsbezirkes Wiesbaden war sein Werk, indem er die bestehenden 5 ärztlichen Vereine vereinigte und dadurch gemeinsam mit Maerklin und Fridberg ein Vorbild für die viel später erst ins Leben getretenen staatlichen Aerztekammern schuf, an deren Satzungen er in Berlin mitwirkte. Auch der „Rechtsschutzverein" und der Unterstützungsverein im Bezirke verdanken ihm bezw. der

privaten Aerztekammer die Entstehung. Als der Staat dann 1886 selber Aerztekammern in jeder Provinz einrichtete, war Grandhomme der gegebene Vorsitzende; er blieb es durch drei Wahlperioden bis zu der Zeit, wo ein Gesetz die Zugehörigkeit der beamteten Aerzte ausschloss. „Seine parlamentarische Schlagfertigkeit seine Fähigkeit, auch in den schwierigsten Situationen den richtigen Weg zu finden, seine autoritative Persönlichkeit machten ihn zum unbestrittenen Führer der Kammer. Ein Antrag Grandhomme wurde immer einstimmig oder mit grosser Majorität angenommen und zwar deshalb, weil ein von Grandhomme gestellter Antrag stets der Ausdruck des in die parlamentarische Form gebrachten gesunden Menschenverstandes war." So schildert Fridberg im Bd. IV H. 16 des Korrespondenzblattes 1907 sein Auftreten als Organisator und Leiter der Kammer.

Als er in Frankfurt 1889 sein Physikatsamt antrat, stand er in einem Alter, in dem sonst gern Ruheposten eingenommen werden. Aber Grandhomme war sehr weit davon entfernt. Er blieb der unermüdliche Arbeiter; besonders erwähnenswert erscheint uns sein tatkräftiges Eingreifen bei der kleinen Blatternepidemie in Frankfurt im Sommer 1900, wo er die umfassendsten Desinfektionen z. B. des ganzen städt. Pfandhauses, des Klapperfeldgefängnisses usw. vornehmen liess, eine allgemeine unentgeltliche Impfung durch die Stadt anordnete. — Es kam zu keiner beunruhigenden Verbreitung der Krankheit; dann wieder folgten Neuschöpfungen sozialer und hygienischer Natur. Freiwillige Rettungsgesellschaft und Hauspflegeverein, Tätigkeit im Vorstand des Vereins vom Roten Kreuz, Teilnahme an der wissenschaftlichen Deputation in Berlin. Er wurde Vertrauensarzt vieler Berufsgenossenschaften besonders aber der chemischen Industrie, wie auch der Frankfurter Eisenbahndirektion. Unendlich gross wurde dadurch die Zahl seiner Begutachtungen Unfallverletzter. — Grandhomme war in Frankfurt, obwohl er keine privatärztliche Klientel hatte, viele Jahre 10 und 12 Stunden täglich beschäftigt. — So vielseitig war seine amtliche Wirksamkeit.

An Ehrenbezeugungen, Orden und Titeln hat es ihm nicht gefehlt. 1891 wurde er Sanitätsrat; 1899 war er Geh. Sanitätsrat, bald darauf Geh. Medizinalrat geworden. — —

In dem Leben und in der Persönlichkeit Grandhommes spiegelt sich wie in einem Hohlspiegel verkleinert der Uebergang vom Engen zum Weiten — vom Kleinstaat zur Gross-

macht wider: Die Mühseligkeiten und Entbehrungen, unter denen er als Landarzt seine ärztliche Laufbahn begann, die sich noch anpassen musste an die drückenden Fesseln engherziger staatlicher Bevormundung hatten seinen festen Willen nicht zu beugen vermocht. — Ein innerer Drang zur Freiheit, zur Vermehrung seines Wissens, und der Wunsch nach Betätigung im öffentlichen Leben beseelte ihn zeitlebens. — Die Sehnsucht nach der Einheit und Grösse des deutschen Vaterlandes machte den jungen Doktor zum kampfesfrohen liberalen Politiker.

Ein stark ausgeprägtes Standesbewusstsein befähigte ihn, Berufsgenossen gleicher Gesinnung schnell um sich zu sammeln und sie zu gemeinsamer Arbeit für die wissenschaftlichen und wirtschaftlichen Interessen der Aerzteschaft zu begeistern. — Grandhomme hat in einer glücklichen Zeit gelebt und gerade für seine Individualität ein günstiges Milieu gefunden. Der Aufschwung einer machtvollen Industrie hat ihn mit emporgehoben, soziale Fortschritte haben den Strebenden mit vorwärts gedrängt. Langsam aber ist's am Anfang gegangen! — Von Hadamar bis Frankfurt war da ein weiter Weg. Schliesslich ist's ihm geglückt. Grandhomme liess eben nicht locker: An Zähigkeit und Tatkraft, an Fleiss, Pünktlichkeit und Arbeitsfreude hat's ihm keiner gleichgetan. Er stammte vom Lande — er stand darum immer früher auf als der andere!

Wer ohne weiteres urbane Liebenswürdigkeit und modern geschniegelte Zuvorkommenheit von Grandhomme erwartete, war nicht selten enttäuscht. Für die grosse Privatpraxis, in der man sich doch zumeist schmiegen und bücken muss, war er nicht prädisponiert. Auch im Amte und im kollegialen Verkehr erschien er oft rauh und steif. Altnassauische Derbheit und preussische Beamtenwürde vereinigten sich manchmal zu einer unverfälschten Mischung, die von der fahrigen Gemütlichkeit der frei-reichsstädtischen Physicii primarii, an die man gewöhnt war, wesentlich abstach. Es waren in Frankfurt a. M. also der Reibungspunkte genug vorhanden, als Grandhomme erschien, und Zusammenstösse waren oft unvermeidbar. So hatte Grandhomme in seiner Geradheit anfangs manchen Gegner unter uns. Ihre Zahl hat sich immer mehr verringert, je älter Grandhomme wurde, und je mehr er trotz seiner zunehmenden Jahre sich noch anzupassen bemühte. Seine Kampfeslust war überwunden! — In einer rauhen Schale erkannten alle, die sich's angelegen sein liessen bei ihm auszuharren, den edlen Kern!

Er war der Zähesten einer, wenn es einer grossen oder guten Sache galt. Schroff und hartnäckig und polternd schien er, wenn er Widerstand fand, aber liebenswürdig wurde er bald und nachgiebig, wenn er allmählich einsah, dass der andere seine Ansicht mit guten Gründen verfocht und von ihnen auch nicht abliess. Seine schnelle Auffassung und seine dialektische Gewandtheit erleichterten ihm in schwierigen Kontroversen mit den Kollegen ein Entgegenkommen, zu dem er schliesslich gern bereit war. — Von besonderem Wohlwollen war er gegen jüngere Kollegen; gern lernte er von ihnen und nahm ihren Rat an, wenn dieser sich auf gründliches modernes Wissen und Können stützte. Viele tüchtige jüngere Kräfte hat er gefördert und hochgebracht!

Grandhomme war eine fröhliche Natur — bis in die Zeiten körperlichen Verfalls hinein liebte er die weinfrohe Gemütlichkeit, nach reichlicher Arbeit den geselligen Genuss. — Von der Abstinenzbewegung wollte er nichts wissen. — Der alte Korpsstudent sah in den Alkoholschäden nur Folgen der „Verschlechterung der geistigen Getränke durch die Alkoholindustrie". „Reine Weine haben noch Keinem was geschadet!" sagte er uns oft, wenn wir zurückhielten. — Man konnte ihm das nicht verdenken, hatte er doch die 57er, 58er und 59er, die 65er und 68er, die köstlichsten, die im nassauischen Rheingau gewachsen waren, miterlebt und mitgenossen!

Bei vielen Stiftungsfesten unseres Vereins, bei der Naturforscherversammlung (1896), auf ihren festlichen Vor- und Nachfeiern ging er allen jugendlichen Kollegen an Frische und Ausdauer voran, obwohl er die 60 überschritten hatte.

Grandhomme beugte sich darum nur schwer unter die Lasten des Seniums. An Gicht litt er schon lange. Eine Aortenstenose trug er seit Jahrzehnen ohne wesentliche subjektive Beschwerden. Schwindel- und Ohnmachtsanfalle setzten 1902/03 vielleicht noch früher ein; Ischiasschmerzen, Venenthrombosen machten oft Narkotika notwendig, „damit's weiter ging mit der Arbeit."

Um Weihnachten 1905 starb ihm seine Frau. Von da ab brach er nieder; die Verkalkung der Arterien machte nunmehr schnelle Fortschritte. Erst als Merkfähigkeit und Gehvermögen bei ihm in erheblichem Grade nachliessen, entschloss er sich auf Rat alter und junger ärztlicher Freunde um Ostern 1906 in einem Sanatorium Heil und Ruhe zu suchen.

Er gab bald sein Amt auf, für das er auch in den schwersten

Tagen körperlichen Leidens ein lebhaftes Interesse an den Tag gelegt hatte. —

Dr. Grandhomme starb am 4. Oktober 1907.

Damit schloss das an Arbeit und Erfolg reiche Leben eines Kollegen, dem die Aerztewelt unserer engeren Heimat Vieles verdankt, was ihn selbst überlebt hat, — auch uns und die noch nach uns kommen werden überdauern wird. —

Aus diesem Grunde wird sein Andenken in Ehren bleiben bei allen, ob sie ihm näher oder ferner standen. Wer seine Eigenart verstand, dem wird „der alte Grandhomme" unvergesslich sein! —

Leopold Laquer.

Eugen Schott.

Mit dem am 17. März 1907 erfolgten Tode Eugen Schotts ist eine markante Persönlichkeit aus der Frankfurter Aerztegesellschaft geschieden. Ein Mann von echtem Schrot und Korn, treu und wahr, hat er auf seinem Lebenswege, unbeirrt von Ehrsucht und persönlichem Vorteil, sich nur von seiner Ueberzeugung leiten lassen und in Ausübung seines ärztlichen Berufes stets die Grundsätze wahrer Menschlichkeit betätigt. Sein Lebensgang war arm an äusseren Ereignissen, aber um so reicher an innerem Gehalt.

Geboren zu Frankfurt a. M. am 12. Februar 1839, als Sohn eines Kaufmannes, erhielt er den ersten Unterricht im Gessow'schen Institute. Im Jahre 1848 übersiedelte die Familie nach Würzburg, wo Schott das Gymnasium besuchte. Mit dem Zeugnis der Reife entlassen, begann er 1856 in der dortigen Universität seine medizinischen Studien. Schon nach zwei Semestern wandte er sich nach Tübingen, wo er drei Jahre verblieb, um die Kliniken von Bruns, Niemeyer und Gerhard zu besuchen. Trotz eifrigen und, wie die höchst anerkennenden Zeugnisse bekunden, erfolgreichen Studiums fand er noch Zeit und Musse in einer studentischen Verbindung die Freuden des akademischen Lebens zu kosten und Freundschaften mit seinen Bundesbrüdern zu pflegen, die er zeitlebens bewahrt hat. Im Jahre 1860 kehrte er nach Würzburg zurück, wo er am 2. August auf Grund einer sehr lobend kritisierten Dissertation „über Hirnabszesse“ mit Auszeichnung das Doktorexamen bestand. Während des Wintersemesters 1860/61 hat er unter Rinecker's Leitung eine Assistentenstelle in der Kinderabteilung des dortigen Juliusspitales bekleidet. Am 20. Dezember 1861 legte er vor dem Sanitätsamt der freien Stadt Frankfurt seine Staatsprüfung ab; aber noch zwei volle Jahre widmete er seiner Ausbildung, teils in Tübingen, teils auf einer längeren Studienreise, die ihn nach Berlin, Prag, Wien, Paris und London führte und erst am 8. Februar 1864 wurde er durch Senatsbeschluss unter

die Zahl der Frankfurter Aerzte aufgenommen. Mit reichem Wissen ausgestattet, von ernstem wissenschaftlichen Streben erfüllt und mit peinlicher Gewissenhaftigkeit seinen ärztlichen Pflichten sich widmend, gelang es ihm bei seinem offenen, einnehmenden und humorvollen Charakter bald, sich das Vertrauen weiter Kreise und eine stattliche, sich stetig mehrende Zahl von Patienten zu erwerben.

Als Armenarzt der katholischen Gemeinde fungierte er von 1867 bis Ende der 70er Jahre. In dieser Stellung hat er überaus segensreich gewirkt und mit unermüdlicher Pflichttreue und wahrer Menschenliebe sich seiner Pflegebefohlenen angenommen. Diese humane Gesinnung bewährte er auch als ärztlicher Berater der Franziskanerinnen, die er bei ihrem wohltätigen Wirken bis an sein Lebensende in tatkräftigster Weise unterstützte. Im August 1870 begab er sich als freiwilliger Arzt auf den Kriegsschauplatz und beteiligte sich nach der Schlacht von Spichern eifrig an der Pfege der Verwundeten. Dann kehrte er in seine Vaterstadt zurück, um als ordinierender Arzt an dem Barackenlazaret auf der Pfingstweide zu wirken.

1895 wurde ihm die Stelle des ärztlichen Beraters der Guaita'schen Stiftung übertragen, die er bis zur Auflösung des Altersheimes beibehielt. Der Titel eines Sanitätsrates wurde ihm 1902 verliehen. Schott war eine tief religiöse Natur, die dem katholischen Bekenntnisse mit innerster Ueberzeugung anhing; doch zeichnete ihn eine seltene Toleranz gegen Andersgläubige aus. Seine Lebensgefährtin, die er sich in reifen Jahren (1886) erwählte, gehörte nicht seiner angestammten Religion an; er hat mit ihr in harmonischer, beglückender Ehe gelebt. Trotz seines herkulischen Körperbaues war er mehrfach langdauernden Krankheitszufällen ausgesetzt, die seine robuste Natur untergruben. Ein Influenzaanfall, den er sich im März 1907 zuzog und der sich mit katarrhalischen Pneumonien komplizierte, machte seinem Leben nach zweiwöchentlichem Krankenlager durch Herzschwäche ein vorschnelles Ende. Sein Tod bedeutet in einer Zeit, wo die Aufrechten immer seltener werden, einen wirklichen, von seinen zahlreichen Freunden und seinen vielen dankbaren Patienten aufs schmerzlichste betrauerten Verlust.

Ernst Blumenthal.

Siegmund Zimmern.

Zimmern ist geboren am 29. Dezember 1843 in Heidelberg; seinen Vater, Inhaber eines dortigen Bankgeschäftes, verlor er schon früh, als er kaum zwölf Jahre alt war; so war die Erziehung der fünf Kinder (vier Söhne und eine Tochter) der Mutter allein überlassen. Diese, eine geistreiche, christlich-fromme Frau entstammte der in Frankfurt berühmten und einflussreichen Familie Stiebel: In ihr waren gewissermassen erblich ein heiteres Wesen und eine grosse Schlagfertigkeit in der Unterhaltung, sowie das Bestreben, fruchtbringende Fürsorge und Wohltätigkeit gegen Mitmenschen zu üben. Diese Eigentümlichkeiten waren in reichem Masse auch auf unseren Kollegen übergegangen. Er stand dem Alter nach in der Mitte unter seinen Geschwistern und scheint seiner Mutter allerlei Schwierigkeiten bei seiner Erziehung gemacht zu haben; das mag wohl der Grund gewesen sein, dass der sehr begabte lustige Wildfang zur Erziehung dem Herrnhuter Institut zu Gnadenberg und Niesky in Schlesien für einige Zeit übergeben wurde. Seine Mutter war inzwischen wieder nach ihrer Vaterstadt Frankfurt gezogen, wohin auch später der junge Zimmern zurückkehrte zum Besuch des Gymnasiums. Hier in dieser humanistischen Schule unter Leitung des so sehr beliebten Direktors Classen, der Professoren Fleckeisen, Creizenach, Opel u. a., in der ein bei vornehmem Ton denkbar freier Betrieb die individuelle Entwicklung des einzelnen Schülers sehr wohl ermöglichte, verlebte Zimmern frohe Jahre mit uns. Ich will nicht behaupten, dass er ein hervorragender Schüler in modernem Sinn gewesen sei, aber doch muss ich bekennen, dass er seiner Klasse ein charakteristisches wertvolles Element war durch seine liebenswürdige, kluge und witzige Weise im Verkehr mit seinen Mitschülern; wir würden ihn alle schwer vermisst haben. Die oben erwähnte Möglichkeit individueller Entwicklung hatte zur Folge, dass jeder Schüler seinen speziellen Neigungen folgend schon frühzeitig seinen späteren

Beruf wählte und als Gymnasiast bereits Spezialstudien privatim trieb. Die unentgeltlichen Vorlesungen an unserem Senckenbergianum wurden schon von Sekunda an eifrig benutzt, so Botanik bei Professor Fresenius, eine Disziplin, die unsern Zimmern ganz besonders interessierte, und an der er bis an sein Lebensende eine grosse Freude hatte. Die Zoologie und namentlich Anatomie bei Professor Lucä wurden von allen künftigen Naturforschern und Medizinern eifrigst betrieben. Wir übten uns bereits im Präparieren an Leichen und erhielten sogar auch ab und zu Schulurlaub für einige Tage, wenn es mit dem Präparieren frischer Leichen pressierte, eine für heute undenkbare Gepflogenheit. Physik und Chemie gab's bei Professor Böttger, der das besondere Talent hatte uns diese Studien nutzbringend und hochinteressant zu machen. Zimmern nahm an all' diesen Bestrebungen lebhaften Anteil. — Nachdem er das Gymnasium absolviert hatte, bezog er Ostern 1862 die Universität Göttingen und wurde bei den Neu-Braunschweigern, einer Burschenschaft, bei der die Frankfurter gern einsprangen, ein eifriges Mitglied, stand unentwegt fest seinen Mann, und dass er es verstand, talentvoll die Hiebe auf Mensur mit dem Schädel zu parieren, bewiesen seine zahlreichen Narben auf Stirn und Haupt. Doch es musste auch studiert und etwas gelernt werden. Deshalb zog Zimmern nach einigen Göttinger Semestern nach Würzburg, damals eine der bedeutendsten medizinischen Fakultäten im deutschen Reich mit einer internationalen Studentenschaft. Man fand dort alle Nationalitäten vor und verkehrte auch mit ihren Vertretern. Das gemütliche und dabei nicht teuere Leben in der schönen alten Mainstadt mit ihren freundlichen Bewohnern und ihrem, wer's mitmachen wollte, grossartigen gesellschaftlichen Leben, genoss Zimmern in vollen Zügen.

Den Blick hinab vom Dürrbachsteig,
Wie glänzt im Sonnenscheine
An Türmen und an Zinnen reich
Die frohe Stadt am Maine!
Die Glocken grüssen aus dem Tal
Mit traulichem Geläute
Und Würzburgs Mädle allzumal
Nennt man kreuzbrave Leute.

Dorthin zog es auch viele Frankfurter, „von denen schon viele — am Ziele — zu den Toten — entboten, verdorben, — gestorben — in Lust und in Leid!"

Es war ein lustiges Trüppchen — dieses Dutzend Frankfurter Kinder, denen sich noch vier Norddeutsche anschlossen, die täglich sich zusammenfanden, zu Spiel und Fachsimpelei.

Auch hier war unser Zimmern ein wesentliches Element. Aber alles hat seine Zeit! Eines Tages überraschte uns Zimmern mit der Mittteilung, seine Mutter wünsche, dass er in aller Kürze sein Doktorexamen machen solle, um damit seinem Grossvater, dem alten Hofrat Stiebel, zu seinem bevorstehenden fünfzigjährigen Doktorjubiläum eine Ueberraschung zu bereiten. Wir alle staunten über diese — Kühnheit. Aber wer unsern Zimmern kannte, der wusste: er wird's machen, und er machte es wirklich. Seine Energie, sein vorzügliches Gedächtnis, seine Schlagfertigkeit und sein Talent, das, was er im Kolleg nicht gelernt, im Umgang mit den älteren Kommilitonen zu profitieren, füllte manche Lücke seines Wissens aus und half ihm über allerlei Schwierigkeiten hinweg. Es war ein Charakteristikum der Alma Julia, dass immer über die Hälfte aller Studierenden Mediziner waren und unter diesen viele alte Semester. Ueberall wurde in ernster Weise fachgesimpelt, sogar bei Tisch, den Spaziergang mit obligatem Kaffeeskat nicht ausgenommen.

Mit seiner geistvollen Mutter korrespondierte er fleissig, nicht mit Briefen à la Kandidaten Jobst sondern in eingehender Weise, über seine klinische Tätigkeit zur Vorbereitung für das Examen. Ich muss hier zur Vervollständigung der Charakteristik Zimmerns einige Stellen aus Briefen, die er in dieser Zeit an seine Mutter schrieb, anführen. Im Februar 1865 schrieb er kurz vor seinem Doktorexamen:

„Ich bin jetzt hier sehr beschäftigt mit meiner Praxis, in der ich einige recht interessante Fälle habe. So habe ich ein Kind mit Striktur des Oesophagus im oberen Drittel. Der Wurm hatte nämlich einen Topf voll Aetzlauge ausgesoffen.“ Folgt nun eine genaue Beschreibung der mutmasslichen anatomischen Veränderungen nebst Therapie und schliesst mit dem Satze: „Uebrigens wird wenig Aussicht auf Erfolg sein.“ Die gute Mutter musste sich offenbar für all' diese medizinischen Einzelheiten lebhaft interessieren. Weiter schreibt er: „Ich habe gestern ein Kind in Behandlung bekommen, das vorgestern die Treppe herunterfiel und zehn Stunden lang bewusstlos dalag. Infolge meiner ausgezeichneten Behandlung mit kaltem Wasser ist es jetzt wieder hergestellt. Dann habe ich einige Herzfehler, eine Tuberkulose und habe schon verschiedene Kinderdiarrhöen teils für jetzt, teils auf ewig gestellt; habe übrigens erst vier Kinder glücklich befördert. In der Klinik hatten wir einen Fall, der den Grossvater sehr interessieren wird.“

Nun folgt die genaue Beschreibung eines Leberabszesses, bei der sich Bambergers Diagnostik in ihrem Glanze zeigte. Glücklicherweise konnte die Richtigkeit der Diagnose durch „die Sektion bestätigt werden“. Dann heisst es weiter: „Schlitten gefahren bin ich noch nicht, werde es aber nächstens tun, denn es ist hier eine so ausgezeichnete Schlittenbahn, wie ich lange nicht mehr gesehen habe.“ Auch ein Ball bei Hofrat Rienecker wird erwähnt und näher beschrieben. —

Als Sohn einer Frankfurterin hatte Zimmern per se das Frankfurter Bürgerrecht, und da sein Vater Badenser und er selbst in Heidelberg geboren war, war er auch Badenser. Er ging deshalb als Dr. promotus 1865 nach Heidelberg und bereitete sich zum badischen Staatsexamen vor. „Ich sitze hier ordentlich auf den Hosen, habe aber jedenfalls gute Zuversicht für mein Examen.“ Er scheint nun doch wegen seiner Zulassung Schwierigkeiten gehabt zu haben., so dass er mit dem Gedanken umging, in Frankfurt das Staatsexamen zu machen. Doch er überwand alle Schwierigkeiten und bestand sein badisches Staatsexamen gut. Er erhielt die Aufforderung sich zur Staatsprüfung einzufinden im Oktober 1866. Er schreibt dazu: „Das wäre also in Ordnung, hinein komme ich und hoffentlich auch gut wieder heraus.“ Ueber die inzwischen erfolgte Annexion Frankfurts schreibt er an seine über dieselbe, wie viele alte Frankfurter sehr unglückliche Mutter: „Ich begreife gern, dass es Euch schmerzt, Eure Selbständigkeit zu verlieren und ich nehme es keinem Frankfurter übel, wenn er von dem neuen Glück nicht begeistert ist. Aber ich muss dabei bleiben, dass ich es im deutschen Interesse für notwendig halte; bei grossen Fragen müssen die kleinen schweigen. Unsere Geschichte vollzieht sich nach grossen unabwendbaren Ideen, die manches altgewohnte teure Gut mitreissen müssen. Doch darum keine Feindschaft nicht!“

Bis 1867 blieb Zimmern in Heidelberg als poliklinischer Assistent, ging hierauf noch ½ Jahr nach Berlin, um dann „Landdoktor“ zu werden, erst in Emmendingen, dann in Salem und Heiligenberg bei Konstanz. 1869 diente er als Militärarzt in Konstanz. Es gefiel ihm dort so gut, dass er als Assistenzarzt im 6. Bad. Inf.-Reg. in Konstanz blieb, bis er 1870 mit in den Krieg ausrückte. Das wechselvolle Kriegsleben behagte ihm sehr; er machte die Belagerung von Strassburg mit und zog von da mit seinem Truppenteil südwärts, hatte

oft Gelegenheit zu reicher und anstrengender ärztlicher, Tätigkeit: Doch alle Entbehrungen und Strapazen minderten seinen Humor niemals, wie seine zahlreichen interessanten Briefe an seine Mutter bewiesen. Nach einem Gefecht, bei dem sich sein Truppenteil zurückziehen musste, blieb er mit seinem Lazarett zurück und wurde von den Franzosen gefangen genommen, nach Lyon geschleift und später via Italien und Schweiz wieder zu seinem Regiment ausgeliefert. Aus seinem Kriegsleben muss ich noch erwähnen, dass General von Werder eines Tages sein Lazarett inspizierte und wegen der trefflichen Ausbildung seines Personals unseren Zimmern aufs höchste belobte; es ist dies von Einfluss gewesen für seine spätere Berufung nach Berlin. Mit dem „Eisernen Kreuz" dekoriert, sowie mit dem Zähringer Löwenorden II. Klasse mit Schwertern, kam Zimmern nach beendetem Feldzug nach Konstanz zurück und blieb als Assistenzarzt bei seinem Regiment bis 1873, wo er zum Dragoner-Regiment Nr. 21 nach Bruchsal versetzt wurde. 1874 wurde er zum Stabsarzt befördert und kam nach Schwetzingen, später noch nach Mühlhausen und Hüningen, blieb dort bis 1880, wo seine Berufung an das Friedrich Wilhelms-Institut als Bibliothekar und Lehrer erfolgte. Es gelang ihm dann 1883 seinen lange gehegten Wunsch in Erfüllung gehen zu sehen: in seine Vaterstadt Frankfurt als Stabs- und Bataillonsarzt im 81. Infanterie-Regiment versetzt zu werden, zur grossen Freude seiner Familie, namentlich seiner Mutter und seiner zahlreichen treuen Freunde. 1885 nahm er seinen Abschied und beschloss damit seine sechszehnjährige vielbewegte militärische Laufbahn, eine Tätigkeit, die er mit begeisterter Freude und Pflichttreue ausübte; er war eben mit Leib und Seele Soldat. Er gehörte zu den Menschen, die abends nicht ins Bett und morgens schwer herauszubringen sind; wenn aber in aller Frühe Militär mit Musik am Haus vorbeizog, dann stürzte er wie elektrisiert aus dem Bette an das Fenster und verfolgte so lange als möglich mit freudigem Interesse die ihm so sympatischen Kameraden. Bei diesen seinen Kameraden, Aerzten sowohl als Offizieren, war er ebenso geachtet als beliebt. Sein Talent, mit ausgesuchter Freundlichkeit ohne sich je etwas zu vergeben, seiner jeweiligen Umgebung sich gut anzupassen, verhalf ihm zu diesem Erfolg. Es ist dies um so mehr anzuerkennen, als sein Aeusseres nichts weniger denn als ein militärisches bezeichnet werden konnte; er war untersetzt, sogar klein und auch ohne strammen militärischen Gang. Sein Grossvater Stiebel, der „alte Hofrat", hatte als

Lützower unter dem Namen „Feldwebel Bär" die Befreiungskriege mitgemacht und hatte wohl seine patriotische militärische Begeisterung auf seinen Enkel vererbt. Dieser „alte Hofrat", der heute noch bei vielen alten Frankfurtern in bestem Andenken steht, war ein für seine Zeit weit vorgeschrittener vortrefflicher Arzt, besonders Kinderarzt, ein geistvoller, witziger Mann. Er war der intellektuelle Gründer des nach seinem Freund Dr. Christ, der das nötige Kapital dazu gab, benannten Christ'schen Kinderhospitals, das nach dem Tode des alten Hofrat von seinem Sohn, Dr. Fritz Stiebel, zum Unterschied vom „alten", bis in sein achtzigstes Jahr der „junge Stiebel" genannt, geleitet wurde. In die Fusstapfen von Grossvater und Onkel trat nun auch der Enkel — unser Freund Zimmern. Im Jahre 1884 verheiratete er sich. Seine Frau, einer alten angesehenen Frankfurter Kaufmannsfamilie entstammend, war ihrem Manne ähnlich an heiterem, freundlichem Wesen und wusste ihm seine Häuslichkeit zu einem ideal schönen Familienleben zu gestalten. Hierzu trug besonders viel ihr musikalisches Talent bei und ihr hervorragender Sinn für jegliche Kunst; das genossen auch die Freunde mit. Als Zimmern seiner militärischen Laufbahn valet gesagt hatte, wandte er sich mit grösserer Energie und mit Erfolg seiner wachsenden Privatpraxis zu. Bei einer Anzahl Familien war er Nachfolger seines Onkels geworden und wurde auch am Christ'schen Kinderhospitale neben seinem Freund Glöckler angestellt, vertrat somit die dritte Generation des Stiebel'schen Stammes als Arzt am „Kinderspitälchen". Auch als Armenarzt war er lange Jahre tätig und als solcher in hohem Masse bei seiner armen, mit mancherlei Not geplagten Klientel beliebt. Seine Herzensgüte, die er durch Wort und Tat zu äussern verstand, wirkte trostreich auf seine Patienten, die ihm, dem unverdrossen allzeit hilfsbereiten freundlichen Mann ein herzliches dankbares Andenken bewahren. Er war bis an sein Ende ein idealer Arzt wie seine Vorfahren nach altem Frankfurter Stil.

Bei mancherlei Wohltätigkeitsvereinen wirkte er segensreich, so namentlich war er dem Verein für Ferienkolonien lange Jahre ein pflichttreuer verständiger Berater. Die letzten Jahre seines Lebens litt er an Asthma, und die damit zusammenhängenden Herzbeschwerden plagten ihn wohl und machten ihm die Ausübung seines Berufs zur Qual, denn Treppensteigen war ihm fast unmöglich geworden; doch Niemand hörte eine Klage aus seinem Mund, sein unverwüst-

licher Humor blieb ihm bis aufs Sterbebett getreu. Am 2. März 1907 erlöste ihn ein sanfter Tod von seinen Leiden.

Alle, die ihm nahe standen, waren sich der Grösse seines Verlustes wohl bewusst und trauerten mit schwerem Herzen um ihn, den vortrefflichen Menschen, den idealen Arzt und treuen Freund, — ja das war unser Zimmern oder vielmehr er ist es noch, denn sein Andenken wird bei uns lebendig bleiben bis ans Ende auch unserer Tage! —

Requiescat in pace.

Heinrich Vömel.

Bericht über die Bibliothek des Aerztlichen Vereins 1907.

Von Dr. G. Wahl,

Bibliothekar der Senckenbergischen Bibliothek.

Die Veränderungen im Charakter und Betrieb der Senckenbergischen Bibliothek, die das Jahr 1907 zu einem Wendepunkt in ihrer Geschichte gemacht haben, waren auch für die Bibliotheksverhältnisse des Aerztlichen Vereins von einschneidender Bedeutung. Die vom Aerztlichen Verein angeregte Erklärung der Senckenbergischen Bibliothek zu einer öffentlichen Anstalt, die dadurch bedingte Umgestaltung der Organisation, endlich die Uebersiedelung in das neue Bibliotheksgebäude an der Viktoria-Allee berühren naturgemäss jeden Bibliotheksteil in demselben Masse wie das Ganze. Am 28. Februar 1907, dem 200jährigen Geburtstag Johann Christian Senckenbergs, wurde die von ihm begründete und nach ihm benannte Bibliothek zu einer öffentlichen erklärt. Verlor sie damit ihren Charakter als Vereinsbibliothek, so wurden ihr andrerseits durch diese Wendung in ihrem Geschick neue und aussichtsreiche Entwicklungsmöglichkeiten geboten. Nachdem die Administration der Dr. Senckenbergischen Stiftung und die ihr angeschlossenen Vereine, von der Unhaltbarkeit der bisherigen Zustände durchdrungen, in dankenswerter Weise einen eigenen Beamtenkörper geschaffen hatten, wurden im Frühjahr 1907 die Arbeiten zur Aenderung der Organisation, zur Vorbereitung des Umzuges, sowie zur inneren Einrichtung des neuen Gebäudes in Angriff genommen und soweit gefördert, dass der Umzug der Bibliothek in den grossen Ferien vor sich gehen konnte. Bis zum 22. Juni war das alte Lesezimmer noch zugänglich; am 16. Juli begann der Transport der Bücher, nachdem vorher etwa 20000 Bände mit Signaturschildchen hatten versehen, und der gesamte Bücherschatz einer vollkommenen Neuaufstellung hatte unterzogen werden müssen. Diese Vorbereitungen verbürgten einen glatten Verlauf des Umzuges, der denn auch nach 9tägiger Dauer am 25. Juli beendigt wurde. In diesen Tagen waren rund 75,000 Bände in 2673 Transportkasten, die sich auf 93 Fuhren verteilten, befördert worden. Am 12. August wurde der Dienst in dem neuen, von der Administration der Dr. Senckenbergischen Stiftung

errichteten Bibliotheksgebäude wieder aufgenommen; die Unterbrechung des Betriebes hatte mithin nur 7 Wochen gedauert.

Die neuen Leseräume enthalten vor Allem ein eigenes Zeitschriftenzimmer, in welchem alle von der Senckenbergischen Bibliothek erworbenen Zeitschriften und periodischen Werke, soweit sie nicht in vollständigen, abgeschlossenen Bänden, sondern in einzelnen Lieferungen eingehen, zur allgemeinen Benutzung aufliegen. Die Zahl dieser Publikationen betrug in dem alten Lesezimmer 140, heute sind es rund 800. Das Zeitschriftenzimmer enthält 12 bequeme Arbeitsplätze, das Lesezimmer 9, so dass im Ganzen 21 Arbeitsplätze gegen 8—10 früher zur Verfügung stehen. Jeder Platz ist mit einer eigenen Lampe und den nötigen Schreibutensilien versehen. Die im Lesezimmer aufgestellte Handbibliothek konnte wesentlich vermehrt werden; besonders waren es die Register von Zeitschriften und die neuesten Bände der medizinischen Wochenschriften, die ihren Platz im Lesezimmer fanden. Was diese letzteren betrifft, so steht ausserdem ein Ausleiheexemplar zur Verfügung. Die Zahl der öffentlichen Stunden wurde gegen früher vermehrt, so dass die Bibliothek jetzt täglich von 10—1 Uhr und, ausser Samstags, von 5—8 Uhr geöffnet ist. Jede Bestellung, sowohl für die Entleihung nach Hause als auch für den Gebrauch in den Leseräumen, wird sofort ausgeführt, namentlich auch in den Abendstunden. Zur grösseren Sicherung des Betriebes sind die früher üblichen Sammelquittungen abgeschafft und dafür neue Formulare eingeführt worden, so dass für jedes zu entleihende oder im Lesezimmer zu benutzende Werk — nicht Band — eine Einzelquittung erforderlich ist. Quittungsformulare werden auf Wunsch an die Mitglieder unentgeltlich abgegeben. Auf zwei neue Einrichtungen sei besonders hingewiesen: einmal auf den Transport bestellter Bücher in die Wohnung der Entleiher und ebenso benutzter Bücher aus der Wohnung in die Bibliothek, der gegen eine Einheitsgebühr von 20 Pf. für jede Sendung durch die Bibliothek vorgenommen wird; dann auf die Besorgung aller in der Senckenbergischen Bibliothek nicht vorhandenen Bücher aus auswärtigen Bibliotheken, vorläufig noch auf Kosten der Entleiher. Endlich ist zu erwähnen, dass die Leihfrist für monographische Werke auf 6 Wochen, die für Zeitschriftenbände auf 3 Wochen festgesetzt wurde und der mit der alljährlichen Bücherrevision verbundene sogenannte Büchersturz in Fortfall gekommen ist. Ebenso sind eine Reihe

weiterer Beschränkungen abgeschafft worden. Die neuen Benutzungsbestimmungen wurden veröffentlicht in einer neuen Benutzungsordnung, die gegen Ende des Jahres im Druck erschien und allen Mitgliedern des Aerztlichen Vereins, der die Drucklegung angeregt und deren Kosten zur Hälfte getragen hatte, unentgeltlich zugestellt wurde.

Ueber die für die Bibliothek gemachten Aufwendungen können hier in diesem Jahre keine genaueren Angaben gemacht werden; über die Vermehrung der Bibliothek soll nur summarisch berichtet werden, da eine eingehendere, die Verhältnisse der ganzen Senckenbergischen Bibliothek berücksichtigende Darstellung bereits in dem, wohl den meisten Mitgliedern zugegangenen „Bericht der Senckenbergischen Naturforschenden Gesellschaft in Frankfurt a. M." 1908 S. 174—208 gegeben worden ist. Auf diesen Bericht sei auch für die Orientierung über die fortlaufend gehaltenen Periodika und die eingegangenen Geschenke verwiesen.

Gekauft wurde ausser den regelmässig fortlaufenden Zeitschriften und Lieferungswerken:

1. Berliner tierärztliche Wochenschrift 1906.
2. Zeitschrift für Tiermedizin. Bd. 5—10.

In den Tauschbeziehungen trat gegen das Vorjahr keine nennenswerte Aenderung ein.

Zu den bisher vorhandenen Zeitschriften kam hinzu die Frankfurter Zeitschrift für Pathologie. Dagegen wurde leider das Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene von dem bisherigen Geschenkgeber nicht mehr überwiesen, so dass die Bibliothek nur Bd. 1—6 besitzt.

Geschenke gingen ein von:

DDr. San.-Rat Auerbach; Bechhold; Cahen-Brach; San.-Rat Carl; Prof. Edinger; Ewald; Prof. Flesch; J. Friedländer; Dr. med. Hanauer; San.-Rat Laquer; Loeb; Magistrat der Stadt Frankfurt a. M., Statistisches Amt; Panconcelli-Calcia-Marburg; J. Rothschild; San.-Rat Scherk-Bad Homburg; A. Stern; Prof. Treupel; Upsala, Läkare Förening; Frau Dr. von den Velden; Wahl; Frl. Dr. Winterhalter.

Grössere Geschenke gingen ein von:

Der Redaktion der Frankfurter Zeitung; sowie den Herren:

Geh. San.-Rat de Bary-hier: Aeltere Werke über Syphilis und Cholera.

Prof. Dr. Martin Möbius-hier: Werke seines verstorbenen Bruders, des bekannten Leipziger Nervenarztes P. J. Möbius.

Dr. Steffan-Marburg: Die Fortsetzung zahlreicher ophthalmologischer Zeitschriften.

Ueber die Benutzung der Bibliothek in der Zeit von der Eröffnung des neuen Bibliothekgebäudes an bis zum Schluss des Jahres 1907 ist zu bemerken: Es betrug

Die Zahl der Besucher der Leseräume
vom 12. VIII.—31. XII. . . . . 1729 Personen,
Die Zahl der Entleiher vom 12. VIII.
bis 31. XII. . . . . 585 „
zusammen 2314 Personen.

Unter den 585 Entleihern befanden sich 173 Aerzte; auf diese Benutzerkategorie entfielen mithin 29,6 Proz. der Gesamtzahl der Entleiher.

In den Leseräumen benutzt wurden . . . 2145 Bände,
In die Wohnung verliehen wurden . . . 1832 „
zusammen 3977 Bände.

An den 1832 verliehenen Bänden war die Medizin mit 464 Bänden = 25,3 Proz. beteiligt, ein Prozentsatz, der, wie dem nächsten Bericht vorgreifend, schon hier mitgeteilt sei, sich in der Folge erheblich erhöht hat.

Bei einem Vergleich mit den Zahlen des entsprechenden Zeitabschnittes des Jahres 1905 ergibt sich folgendes Resultat für die heutige Frequenz der Bibliothek:

1905 Gesamtzahl der Bibliothekbesucher . . 2218,
1907 „ „ „ „ . . 2314,
mithin Zunahme um 26 Personen = 4,3 Proz.
1905 Gesamtzahl der benutzen Bände . . . 2607,
1907 „ „ „ „ . . . 3977,
mithin Zunahme um 1370 Bde. = 52,5 Proz.

Die Befürchtung, dass die Benutzung der Bibliothek unter der Verlegung an die Peripherie der Stadt leiden würde, hat nach obigen Angaben keine Bestätigung durch die tatsächlichen Verhältnisse gefunden, vielmehr zeigt die erhebliche Zunahme der Bücherbenutzung um 52,5 Proz., dass die Lage der Bibliothek für ihre Frequenz von geringerer Bedeutung ist, als liberale und entgegenkommende Benutzungseinrichtungen.

Tätigkeitsbericht des Aerzteverbands für freie Aerztewahl für das Jahr 1907

erstattet von Dr. Hainebach, ärztl. Geschäftsführer.

Der Mitgliederbestand betrug bei Beginn des Jahres 233 (davon 123 allgemeine, 110 Spezialärzte); ausgetreten sind im Laufe des Jahres 5 allgemeine und 5 Spezialärzte, eingetreten sind im ganzen 20 Aerzte (13 allgemeine, 7 Spezialärzte), so dass am Ende des Jahres dem Verband 243 Aerzte (131 allgemeine, 113 Spezialärzte) angehörten.

Der Vorstand, der aus Herrn Eiermann als Vorsitzenden, ferner aus den Herren Gelhaar, Hanau, Kutz, O. V. Müller, Scheven, Seckbach, M. Simon und Willemer gebildet wurde, erledigte die Geschäfte in 14 Sitzungen. Ausserdem fanden zwei ordentliche und zwei ausserordentliche Generalversammlungen statt. Aerztlicher Geschäftsführer war Herr Hainebach.

Bei Beginn des Jahres bestanden Verträge mit 77 einzelnen Korporationen, neue Verträge wurden erstmals geschlossen mit 7, während mit vieren die abgelaufenen Verträge nicht erneuert wurden, so dass der Verband Ende des Jahres mit 80 Korporationen im Vertragsverhältnis stand (62 Krankenkassen, 16 Sanitätsvereinen, 2 Aktiengesellschaften). Die abgelaufenen Verträge von 3 Korporationen wurden unter günstigeren Bedingungen wieder erneuert.

Besondere Hervorhebung verdient der Abschluss eines Vertrages mit der Eisenbahnbetriebskrankenkasse, der mit dem 1. April in Kraft trat. Irgend welche Schwierigkeiten von Bedeutung haben sich bisher nicht ergeben, so dass beide Teile mit den neuen Verhältnissen im ganzen zufrieden sind.

Von wichtigeren Beschlüssen der Generalversammlungen sind zu erwähnen die Einführung eines neuen Verrechnungsmodus und die Wiedereinführung einer Wartezeit.

Der neue Verrechnungsmodus besteht darin, dass die Krankmeldungen für die Ortskrankenkasse, diejenigen für die Eisenbahnbetriebkrankenkassen und die Scheine der übrigen Kassen und Sanitätsvereine für sich verrechnet werden, und dass auch innerhalb dieser 3 Kategorien eine besondere Verrechnung nach Mitgliedern und Familienangehörigen stattfindet.

Die Wartezeit für neu eintretende Aerzte wurde auf mindestens $^1/_2$ Jahr festgesetzt. Ihre Tätigkeit beginnt erst mit dem Beginn des dritten dem Eintritt folgenden Quartals.

Aerzteverband für das freiwillige Rettungswesen Frankfurt a. M.

Rechenschaftsbericht des Vorstandes über das Jahr 1907,

vorgelegt in der ordentlichen Generalversammlung am 11. Februar 1908.

Die Zahl der Mitglieder betrug im Jahre 1907 im ganzen 153. Neu eingetreten sind die Herren Dr. Dav. Ascher, Hirsch, Lewinberg, M. Marx, Natt, Max Plaut, Willi Schmidt und Wagenknecht. Einen schweren Verlust erlitt unser Verband durch den Tod des Geh. Med.-Rats Dr. Grandhomme, des verdienstvollen Vorsitzenden der Frankfurter freiwilligen Rettungsgesellschaft, der lange Jahre unserem Vorstande angehörte und seine reiche Erfahrung und grosse Arbeitskraft der Förderung des hiesigen Rettungswesens widmete.

Der Vorstand bestand aus den Herren San.-Rat E. Cohn, I. Vors., Siegel, stellvertr. Vors., Berlizheimer I. Schriftführer, Lapp II. Schriftführer, Gelhaar, Kassier; ferner aus den Herren Eiermann, Ettlinger, Haus, Hohenemser, San.-Rat Rödiger und Sopp.

Zur Erledigung der laufenden Geschäfte wurden 4 Vorstandssitzungen, 2 gemeinsame Sitzungen des Vorstandes und der wachdiensttuenden Aerzte und 1 ausserordentliche Generalversammlung abgehalten.

Am Wachdienst auf der Rettungswache des Samaritervereins in der Burgstrasse nehmen 25 Herren teil; der Dienst auf der Wache der freiwilligen Rettungsgesellschaft in der Weissfrauenschule wurde von 23 Herren versehen. Die Sanitätswache des Samaritervereins in Bockenheim wurde wie in den Vorjahren im Bereitschaftsdienst versorgt.

Durch die Uebersiedelung der Wache der freiwilligen Rettungsgesellschaft aus der Münzgasse in die Weissfrauenschule wurden die langjährigen Wünsche der Aerzte erfüllt, welche jetzt über angenehme, grosse Räume für Tag- und Nachtzeit verfügen; die Wache besteht jetzt aus schönen, geräumigen, den hygienischen Anforderungen entsprechenden Räumen.

Für fliegende Wachen stellten wir den beiden Rettungsgesellschaften bei verschiedenen Gelegenheiten (Neujahrsnacht, Ruderregatta, Wäldchestag, Einweihung des Senckenbergischen Museums) Aerzte zur Verfügung.

Wie in früheren Jahren wurden Unterrichtskurse in der ersten Hilfeleistung bei Unfällen und plötzlichen Erkrankungen abgehalten. Nach dem Beschluss des Rettungsausschusses wurde von allen Teilnehmern eine Einschreibgebühr von 1 Mk. erhoben, von deren Entrichtung auch bei den staatlichen und städtischen Behörden nicht abgesehen wurde.

Auch in diesem Jahre waren die Herren San.-Rat E. Cohn und Siegel die Delegierten für den städtischen Ausschuss.

Die statutenmässige ordentliche Generalversammlung fand am 11. Februar 1907 statt.

gez. Dr. Berlizheimer
I. Schriftführer.

Dritter Teil.

Jahresbericht über die Verwaltung des Medizinalwesens, die Krankenanstalten und die öffentlichen Gesundheitsverhältnisse der Stadt Frankfurt a. M.

Bevölkerungsstatistik für Frankfurt a. M. im Jahre 1907.

Von Dr. A. Koenig.*)

I. Uebersicht des Standes und der Bewegung der Bevölkerung der Stadt Frankfurt a. M. im Jahre 1907.

Die Bevölkerungsziffer ist vom Beginn des Berichtsjahres von rund 348000 auf rund 355000 gestiegen; als mittlere Bevölkerungszahl für den 1. Oktober 1907 ist 352000 anzunehmen. Es ergibt sich demnach eine Zunahme von 10000 Köpfen, d. h. etwa die gleiche wie in den Vorjahren.

Betreffs der Bevölkerungsbewegung wurden von den 5 Standesämtern für das Kalenderjahr 1907 registriert 3871 Eheschliessungen d. h. 11,00 Prom. der Bevölkerung (gegen 11,23 Prom. in 1906), 9831 Geburten (darunter 306 Totgeburten), d. h. 27,93 Prom. (gegen 29,62 Prom. in 1906).

*) Nach den tabellarischen Uebersichten betr. den Zivilstand der Stadt Frankfurt a. M. herausgeg. vom städt. statist. Amte in Gemeinschaft mit dem Stadtarzt Sanitätsrat Dr. A. Koenig.

Die Zahl der Sterbefälle betrug ohne Totgeburten 5086 oder 14,45 Prom. gegenüber 5286 oder 14,72 Prom. im Vorjahre.

Die absolute Zahl der Eheschliessungen ist entsprechend dem Bevölkerungswachstum gegen die Vorjahre wiederum gestiegen, auch die Zahlen der Geborenen und Gestorbenen zeigen, von den ungewöhnlich hohen Zahlen im Jahre 1906 bezw. 1905 abgesehen, gegen die Vorjahre eine normale Tendenz zum Steigen.

Der Geburtenüberschuss mit 4439 zeigt eine Steigerung, wenn man von der Schwankung im Jahre 1905 nach unten und im Jahre 1906 nach oben absieht, im Anschluss an das in den Vorperioden beobachtete Wachstum infolge einer gleichmässigen Steigerung der relativen Geburtenziffer und des Rückgangs der Sterbeziffer.

Im Vergleiche mit anderen Städten ist die Sterblichkeit in hiesiger Stadt, wie bekannt, eine dauernd niedrige.

Die Wanderbewegung umfasste im Berichtsjahre 73505 anziehende und 71189 abziehende Personen (gegen 72472 bezw. 64715 in 1906).

Einen Vergleich der Eheschliessungen, Geburten und Sterbeziffern während des Jahres 1907 mit früheren Jahren auf das jeweilige Stadtgebiet bezogen, sowie das relative Verhältnis derselben und des Geburtenüberschusses ermöglicht die folgende Tabelle:

	Eheschliessungen	Prom. der Bev.	Geburten (einschl. Totgeborene)	Prom. der Bev.	Sterbefälle ausschl. Totgeborene	Prom. der Bev.	Ueberschuss der Lebendgeborenen über die Sterbefälle	Proz. der Lebendgeburten	Gesamte Bevölkerungsziffer im Jahresmittel
1896	2584	11,09	7023 (234)	30,14	3623	15,55	3166	46,63	233 000
1897	2812	11,69	7381 (252)	30,69	3991	16,59	3138	44,90	240 000
1898	2889	11,68	7691 (255)	31,08	3852	15,57	3584	48,20	247 000
1899	2911	11,47	7654 (243)	30,15	4205	16,56	3206	43,26	255 000
1900	3182	11,20	8607 (238)	30,31	4793	16,88	3576	42,73	264 000
1901	3130	10,65	8758 (261)	29,79	4588	15,61	3909	46,00	*294 000
1902	3235	10,78	8821 (269)	29,10	4434	14,78	4118	48,14	300 000
1903	3392	11,01	8873 (310)	28,80	5188	16,84	3375	39,41	310 000
1904	3543	11,21	9435 (289)	29,66	5025	15,90	4121	45,06	320 000
1905	3631	11,00	9439 (305)	28,60	5286	16,0[illegible]	3848	42,18	330 000
1906	3820	11,23	10069 (314)	29,02	5009	14,72	4746	48,65	343 000
1907	3871	11,00	9831 (306)	29,93	5086	14,45	4439	46,60	352 000

*) Einschliesslich der im Jahre 1900 eingemeindeten Vororte Niederrad, Oberrad und Seckbach.

Eine Uebersicht der Geburten nach Legitimität und Geschlecht im Verhältnis zu den vorhergehenden 20 Jahren ist in der nächsten Tabelle gegeben.

Geburten in den Jahren 1888—1907.

Jahr	Zahl	Männl.	weibl.	Lebendgeborene	Totgeb.	Ehelich	Unehelich
1888	4620	2377	2243	4481	139	4136	484
1889	4814	2475	2339	4665	149	4272	540
1890	4741	2357	2384	4603	138	4213	528
1891	5294	2666	2628	5162	132	4703	591
1892	5327	2734	2593	5180	147	4673	654
1893	5425	2708	2717	5266	159	4750	675
1894	5644	2832	2812	5486	158	4918	726
1895	6493	3328	3165	6307	186	5712	781
1896	7023	3583	3440	6789	234	6183	840
1897	7381	3762	3619	7129	252	6435	946
1898	7691	3979	3712	7436	155	6796	895
1899	7654	3958	3696	7411	243	6691	963
1900	7727	3998	3729	7513	214	6764	963
1901	8758	4541	4217	8497	261	7706	1052
1902	8821	4549	4272	8552	269	7696	1125
1903	8873	4596	4277	8563	310	7758	1115
1904	9435	4867	4568	9146	289	8187	1248
1905	9439	4846	4593	9134	305	8103	1336
1906	10069	5178	4891	9755	314	8705	1364
1907	9831	5084	4747	9525	306	8466	1365

Von den 8466 ehelichen Kindern wurden 8214 lebend und 253 tot geboren d. h. 2,9 Proz.; von den 1365 unehelichen Kindern wurden 1312 lebend und 153 tot geboren d. h. 3,8 Proz. Die relative Zahl der unehelichen Totgeburten hat demnach weiter abgenommen, während sie bei den ehelichen gegen das Vorjahr nicht geändert ist.

Eine Uebersicht über die Beteiligung der einzelnen Stadteile (vergl. dazu Planskizze S. 189) an den ehelichen und unehelichen Geburten gibt folgende Tabelle.

Lebend- und Totgeburten des Jahres 1907 nach Geschlecht

(Die Geburten sind hier, abgesehen von der letzten Spalte, soweit tunlich

Stadtteile	Jahresbevölkerung 1907	Eheliche									Un-		
		Lebendgeborene			Totgeborene			Zusammen			Lebendgeborene		
		m.	w.	zus.	m	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.
Altstadt	22 600	257	247	**504**	9	6	**15**	266	253	**519**	86	58	**144**
Westliche Neustadt .	9 300	62	64	**126**	2	2	**4**	64	66	**130**	11	15	**26**
Nördliche „ . .	6 800	75	55	**130**	3	2	**5**	78	57	**135**	14	16	**30**
Oestliche „ . .	13 700	123	110	**233**	2	5	**7**	125	115	**240**	50	46	**96**
Südwestl. Aussenstadt .	50 100	619	627	**1246**	31	20	**51**	650	647	**1297**	106	115	**221**
Westliche „ .	10 400	54	43	**97**	—	3	**3**	54	46	**100**	2	7	**9**
Nordwestl. „ .	15 900	89	73	**162**	2	2	**4**	91	75	**166**	14	5	**19**
Nördliche „ .	32 600	307	295	**602**	11	5	**16**	318	300	**618**	47	53	**100**
Nordöstliche „ .	47 000	563	531	**1094**	24	12	**36**	587	543	**1130**	124	113	**237**
Oestliche „ .	22 100	232	238	**470**	5	3	**8**	237	241	**478**	27	17	**44**
Bornheim	18 500	289	307	**596**	13	10	**23**	302	317	**619**	40	27	**67**
Inneres Sachsenhausen	12 100	177	162	**339**	6	3	**9**	183	165	**348**	20	20	**40**
Aeusseres „	32 200	432	379	**811**	15	8	**23**	447	387	**834**	25	31	**56**
Bockenheim	36 600	579	505	**1084**	9	13	**22**	588	518	**1106**	56	48	**104**
Niederrad	10 800	171	157	**328**	6	4	**10**	177	161	**338**	24	27	**51**
Oberrad	8 900	150	137	**287**	4	5	**9**	154	142	**296**	16	14	**30**
Seckbach	3 200	27	31	**58**	1	3	**4**	28	34	**62**	4	3	**7**
Zusammen . .	352 000	4206	3961	**8167**	143	106	**249**	4349	4067	**8416**	666	615	**1281**
Eltern auswärts wohn.		22	23	**45**	3	1	**4**	25	24	**49**	17	14	**31**
Ohne Wohnungsangabe		1	—	**1**	—	—	—	1	—	**1**		—	—
Ueberhaupt . .		4229	3984	**8213**	146	107	**253**	4375	4091	**8466**	683	629	**1312**
Davon in Anstalten . .		274	277	**551**	20	15	**35**	294	292	**586**	317	326	**643**

und Legitimität in der Ausscheidung nach Stadtbezirken.

demjenigen Bezirke zugewiesen, in welchem die Mutter wohnt).

eheliche						Lebendgeborene			Totgeborene			Gesamtzahl			Fälle mit unbekannt. Wohnung der Eltern, bezw. nach auswärts gehörig	Zahl der Geburten ohne Rücksicht auf die Wohnung
Totgeborene			Zusammen													
m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.		
3	2	**5**	89	60	**149**	343	305	**648**	12	8	**20**	355	313	**668**	2	**532**
—	1	**1**	11	16	**27**	73	79	**152**	2	3	**5**	75	82	**157**	—	**117**
—	—	—	14	16	**30**	89	71	**160**	3	2	**5**	92	73	**165**	—	**140**
—	3	**3**	50	49	**99**	173	156	**329**	2	8	**10**	175	164	**339**	29	**885**
7	8	**15**	113	123	**236**	725	742	**1467**	38	28	**66**	763	770	**1533**	9	**1341**
—	—	—	2	7	**9**	56	50	**106**	—	3	**3**	56	53	**109**	1	**99**
2	—	**2**	16	5	**21**	103	78	**181**	4	2	**6**	107	80	**187**	6	**337**
1	2	**3**	48	55	**103**	354	348	**702**	12	7	**19**	366	355	**721**	6	**657**
3	4	**7**	127	117	**244**	687	644	**1331**	27	16	**43**	714	660	**1374**	10	**1214**
1	1	**2**	28	18	**46**	259	255	**514**	6	4	**10**	265	259	**524**	11	**780**
2	—	**2**	42	27	**69**	329	334	**663**	15	10	**25**	344	344	**688**	1	**639**
1	1	**2**	21	21	**42**	197	182	**379**	7	4	**11**	204	186	**390**	—	**337**
1	1	**2**	26	32	**58**	457	410	**867**	16	9	**25**	473	419	**892**	5	**844**
2	3	**5**	58	51	**109**	635	553	**1188**	11	16	**27**	646	569	**1215**	3	**1136**
1	1	**2**	25	28	**53**	195	184	**379**	7	5	**12**	202	189	**391**	—	**383**
—	—	—	16	14	**30**	166	151	**317**	4	5	**9**	170	156	**326**	—	**322**
—	—	—	4	3	**7**	31	34	**65**	1	3	**4**	32	37	**69**	—	**68**
24	27	**51**	690	642	**1332**	4872	4576	**9448**	167	133	**300**	5039	4709	**9748**	83	**9831**
1	—	**1**	18	14	**32**	39	37	**76**	4	1	**5**	43	38	**81**	—	—
1	—	**1**	1	—	**1**	1	—	**1**	1	—	**1**	2	—	**2**	—	—
26	27	**53**	709	656	**1365**	4912	4613	**9525**	172	134	**306**	5084	4747	**9831**	—	—
6	8	**14**	323	334	**657**	591	603	**1194**	26	23	**49**	617	626	**1243**	—	—

Eine Ausscheidung aller Geburten nach Geschlecht und Legitimität in den einzelnen Monaten ist in der folgenden Tabelle vorgenommen.

Lebend- und Totgeborene nach Geschlecht und Legitimität für die einzelnen Monate des Jahres 1907.

Monate	Eheliche						Uneheliche						Lebendgeborene		Totgeb.		Gesamtzahl		
	Lebendgeborene		Totgeb.		Zusammen		Lebendgebor		Totgeb.		Zusammen								
	m.	w.	m.	w.	m	w.	m.	w	m.	w.	m.	w.	m	w.	m.	w.	m.	w.	Zus.
Januar	346	323	8	8	354	331	66	58	1	1	67	59	412	381	9	9	421	390	811
Februar	362	299	15	9	377	308	67	48	2	—	69	48	429	347	17	9	446	356	802
März	352	344	22	11	374	355	57	61	2	4	59	65	409	405	24	15	433	420	853
April	356	335	10	7	366	342	48	44	2	1	50	45	404	379	12	8	416	387	803
Mai	399	390	19	8	418	398	51	53	1	1	52	54	450	443	20	9	470	452	922
Juni	343	298	16	12	359	310	54	52	4	1	58	53	397	350	20	13	417	363	780
Juli	352	320	9	13	361	333	62	40	3	5	65	45	414	360	12	18	426	378	804
August	380	357	15	2	395	359	57	46	3	3	60	49	437	403	18	5	455	408	863
September	344	343	5	9	349	352	65	67	3	3	68	70	409	410	8	12	417	422	839
Oktober	337	334	14	11	351	345	51	47	—	3	51	50	388	381	14	14	402	395	797
November	315	305	7	7	322	312	45	56	2	3	47	59	360	361	9	10	369	371	740
Dezember	343	336	6	10	349	346	60	57	3	2	63	59	403	393	9	12	412	405	817
Zusammen:	4229	3984	146	107	4375	4091	683	629	26	27	709	656	4912	4613	172	134	5084	4747	9831
	8213		253		8466		1312		53		1365		9525		306				

Bemerkungen: Die Anerkennung der Vaterschaft unehelicher Kinder fand statt in 132 Fällen (bei 58 Knaben und 74 Mädchen.)

Zwillingspaare wurden 92 geboren (28 nur Knaben, 31 nur Mädchen und 33 Knaben und Mädchen), zusammen 89 Knaben und 95 Mädchen.

Nach des Vaters Tode wurden 14 Kinder geboren (11 Knaben und 3 Mädchen).

Planskizze.

Umriss der Bezirkseintheilung von Frankfurt am Main

Tabellarische Uebersicht der im Jahre 1907 in Frankfurt vorgekommenen Todesfälle.

Die folgenden Tabellen bringen die Uebersichten der im Jahre 1907 in Frankfurt vorgekommenen Todesfälle (ausschliesslich der Totgeburten) und zwar:

1. Sterbefälle nach Todesursachen und Geschlecht unter Anwendung des preussischen systemat. Verzeichnisses. (Erl. v. 22. April 1904),

2. nach den Todesursachen, Geschlecht und dem erreichten Lebensalter,

3. nach den Todesursachen und den Monaten, in welchen die Todesfälle stattfanden,

4. nach den Todesursachen und den Stadtteilen, in welchen die Erkrankungen erfolgten,

5. Todesfälle der Kinder unter 15 Jahren nach Alter und Legitimität,

6. der Todesfälle im ersten Lebensjahre in den einzelnen Monaten nach den Todesursachen und Geschlecht,

7. Sterblichkeit der Kinder von unter 5 Jahren nach Todesursachen, erreichtem Lebensalter und Legitimät.

8. aller Todesfälle in den einzelnen Monaten nach Altersgruppen und Zivilstand.

Tabelle I.

Ausscheidung der Sterbefälle im Jahre 1907 nach Todesursachen und Geschlecht

unter Anwendung des vom preussischen Kultusministerium herausgegebenen systematischen Verzeichnisses.

Ordn.-Nr.	Todesursachen	Zahl der Verstorbenen		
		m.	w.	zus.
	I. Infektionskrankheiten, Zoonosen, und Schmarotzerkrankheiten.			
1a)	Masern, Morbilli	31	24	**55**
2a)	Scharlach, Scarlatina	5	4	**9**
b)	„ -Nierenentzündung	—	1	**1**
c)	„ -Bräune	1	1	**2**
d)	„ -Sepsis	2	—	**2**
6	Rose, Erysipelas	4	4	**8**
7a)	Diphtherie und Krupp	19	13	**32**
b)	„ der Haut	1	4	**5**
d)	Diphtheritische Lähmungen	—	2	**2**
e)	Diphtherie-Nierenentzündung	—	1	**1**
f)	„ -Sepsis	1		**1**
8	Keuchhusten, Pertussis	30	22	**52**
9	Grippe, Influenza	19	17	**36**
10	Blutvergiftung	13	11	**24**
11	Kindbettfieber, Febris puerperalis,	—	9	**9**
12a)	Starrkrampf, Tetanus und Trismus	1	1	**2**
b)	„ Tetanus neonatorum	—	1	**1**
13a)	Typhus, Abdominaltyphus	4	3	**7**
16	Ruhr, Dysenteria	1	—	**1**
17b)	Cholera nostras, einheim. Brechdurchf.	2	3	**5**
20	Genickstarre, Meningitis cerebrospinalis epidemica	4	1	**5**
22	Akuter Gelenkrheumatismus	2	1	**3**
23Ac)	Tertiäre Syphilis	1	1	**2**
d)	Kongenitale Syphilis	15	7	**22**
25a)	Lungenschwindsucht, Phthisis pulm.	307	257	**564**
b)	Halsschwindsucht, Phthisis laryngea	1	1	**2**
c)	Miliartuberkulose	38	33	**71**
d)	Skrofeln	1	2	**3**
f)	Knochen-, Gelenktuberkulose	3	3	**6**
g)	Tuberkulöse Hirnhautentzündung	37	21	**58**
i)	Unterleibsschwindsucht	14	17	**31**
l)	Blasentuberkulose	1	—	**1**
m)	Tuberkulose d. männl. Geschlechtsorg.	1	—	**1**
o)	Allgemeine Tuberkulose	22	10	**32**
26	Hundswut	—	1	**1**
32	Fadenpilzkrankheiten:			
a)	Schwämmchen, Aphthae	1	—	**1**
	Summe I	582	476	**1058**

Noch Tab. 1.

Ordn.-Nr.	Todesursachen	Zahl der Verstorbenen m.	w.	zus.
	II. Vergiftungen.			
34a)	Organische Gifte:			
c)	Schwämme, Tollkirsche, Nikotin etc.	5	4	**9**
b)	Anorganische Gifte:			
b)	Chronische Vergiftung	1	—	**1**
35	Giftige Gase	2	2	**4**
36	Alkoholvergiftung:			
c)	Delirium tremens	5	—	**5**
	Summe II	13	6	**19**
	III. Aeussere Einwirkungen.			
37a)	Quetschungen und Zerreissungen	9	—	**9**
b)	Knochenbrüche:			
a)	des Schädels	21	8	**29**
c)	der Wirbelsäule	1	—	**1**
d)	der Rippen	1	—	**1**
e)	des Beckens	1	—	**1**
g)	der unteren Gliedmassen	1	1	**2**
e)	Wunden:			
a)	durch Hieb, Stich, Schnitt	4	—	**4**
b)	„ Schuss	37	6	**43**
f)	Verbrennung und Verbrühung	3	2	**5**
h)	Gehirnerschütterung	—	1	**1**
m)	Ertrinken	31	13	**44**
n)	Erhängen	30	7	**37**
o)	Ersticken	2	3	**5**
r)	Verletzung ohne nähere Angabe:			
b)	durch Ueberfahren	7	2	**9**
c)	„ Maschinen	1	—	**1**
d)	„ Sturz, Fall, Schlag etc.	4	1	**5**
e)	„ Erschütterung	1	—	**1**
	Summe III	154	44	**198**
	IV. Störungen der Entwickelung und Ernährung.			
38	Angeborene Lebensschwäche	155	116	**271**
39	Bildungsfehler, Missgeburt	1	1	**2**
40	Zahnen	1	1	**2**
41	Englische Krankheit, Rhachitis	11	4	**15**
43	Abzehrung der Kinder, Atrophia infant.	96	78	**174**
44a)	Erschöpfung, Entkräftung	—	3	**3**
45	Altersschwäche, Marasmus senilis	76	119	**195**
46	Brand, Gangraena:			
a)	Brandgeschwür	1	1	**2**
d)	Brand der Alten, Gangraena senilis	—	1	**1**

Noch Tab. 1.

Ordn.-Nr.	Todesursachen	Zahl der Verstorbenen m.	w.	zus
49	Zuckerkrankheit, Diabetes mellitus	31	27	**58**
50	Diabetes insipidus, Zuckerlose Harnruhr	—	1	**1**
51	Gicht	1	—	**1**
52	Bronzekrankheit	—	1	**1**
56	Neubildungen:			
A)	Bösartige Neubildungen:			
a)	Krebs, Karcinom:			
α)	der äusseren Bedeckungen	1	4	**5**
β)	„ Verdauungsorgane	111	112	**223**
γ)	„ Atmungsorgane	8	10	**18**
δ)	des Harnapparats	4	1	**5**
ε)	der Geschlechtsorgane	1	55	**56**
ζ)	Sonstige Karcinome	8	22	**30**
b)	Sarkom	12	5	**17**
c)	Andere bösartige Neubildungen	7	4	**11**
B)	Gutartige Neubildungen:			
a)	Fibrom, Lipom, Angiom etc.	—	2	**2**
c)	Kropf, Struma	1	2	**3**
C)	Geschwülste, Tumoren ohne nähere Angabe	9	3	**12**
	Summe IV	535	573	**1108**
	V. Krankheiten der Organe.			
	A. Krankheiten der Haut und des Zellgewebes.			
57a)	Ekzem	1	1	**2**
e)	Pemphigus	2	1	**3**
l)	Sonstige Hautausschläge	1	—	**1**
58	Furunculosis, Blutgeschwür	—	1	**1**
59	Zellgewebsentzündung:			
a)	Phlegmone, Abszess etc.	1	4	**5**
61a)	Nabelentzündung	2	—	**2**
	Zusammen A	7	7	**14**
	B. Krankheiten der Muskeln und Sehnen.			
66	Muskelentartung	1	—	**1**
	C. Krankheiten der Knochen, Knorpel und Gelenke.			
68b)	Knochenentzündung, Knocheneiterung, Knochenfrass etc.	2	4	**6**
71b)	Arthritis deformans	1	—	**1**
	Zusammen C	3	4	**7**

Noch Tab. 1.

Ordn.-Nr.	Todesursachen	Zahl der Verstorbenen m.	w.	zus.
	D. Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Drüsen.			
73a)	Blutmangel, Anämie	—	1	**1**
b)	Anaemia perniciosa	1	2	**3**
c)	Weissblütigkeit, Leukaemia	3	2	**5**
e)	Lymphom	1	2	**3**
74c)	Blutfleckenkrankheit	1	3	**4**
75	Bluterkrankheit	1	—	**1**
76	Drüsenentzündnng	2	2	**4**
	Zusammen D	9	12	**21**
	E. Krankheiten des Gefässsystems.			
78	Akute Endokarditis	9	12	**21**
79a)	Herzbeutelentzündung	1	4	**5**
b)	Herzbeutelwassersucht	—	1	**1**
80	Herzvergrösserung	2	5	**7**
81a)	Herzklappenfehler	52	64	**116**
b)	Angeborener Herzfehler	2	6	**8**
82a)	Herzmuskelentartung	29	46	**75**
b)	Herzverfettung	1	1	**2**
84	Herzschlag, Apoplexia cordis	133	154	**287**
86	Herzleiden ohne nähere Angabe	6	12	**18**
87	Arterienkrankheiten:			
a)	Aneurysma, Schlagadererweiterung	2	1	**3**
b)	Schlagaderriss	1	—	**1**
c)	Arterienverstopfung	2	14	**16**
d)	Arterienverkalkung, Arteriosklerose	51	42	**93**
88	Venenkrankheiten:			
a)	Aderbruch	1	1	**2**
b)	Venenentzündung	—	2	**2**
c)	Blutgefässverstopfung	1	—	**1**
	Zusammen E	293	365	**658**
	F. Krankheiten des Nervensystems.			
89	Hirnhautentzündung, Meningitis	29	15	**44**
90	Gehirnhöhlenwassersucht	2	1	**3**
91a)	Gehirnentzündung, akute Encephalitis	6	1	**7**
b)	Gehirneiterung, Gehirnabszess	2	2	**4**
92	Gehirnschlag, Apoplexia cerebri	108	113	**221**
93a)	Erweichungsherde im Gehirn	2	4	**6**
b)	Gehirnlähmung, Paralysis cerebri	13	7	**20**
95	Gehirnleiden ohne nähere Bezeichnung	2	1	**3**
96	Geisteskrankheit:			
b)	Progressive Paralyse, Gehirnerweich.	25	3	**28**
c)	Dementia senilis	1	4	**5**

Noch Tab. 1.

Ordn.-Nr.	Todesursachen	Zahl der Verstorbenen m.	w.	zus.
97	Paralysis agitans	1	—	**1**
98a)	Rückenmarkentzündung	2	1	**3**
b)	Rückenmarkhautentzündung	—	1	**1**
100a)	Rückenmarkschwindsucht	2	2	**4**
101a)	Rückenmarklähmung	3	2	**5**
c)	Rückenmarkleiden ohne näh. Angabe	3	—	**3**
104	Rückenmarksklerose, multiple	—	2	**2**
105	Multiple Neuritis	1	—	**1**
110a)	Fallsucht, Epilepsie	2	2	**4**
c)	Sonstige Krämpfe	87	74	**161**
111e)	Nervenkrankheit ohne nähere Angabe	1	—	**1**
112	Basedowsche Krankheit	—	3	**3**
	Zusammen F	292	238	**590**
	G. Krankheiten des Ohres.			
113b)	Erkrankung des Trommelfelles und mittleren Ohres	2	1	**3**
	J. Krankheiten der Respirationsorgane.			
117b)	Stimmritzenkrampf	23	12	**35**
119	Luftröhrenkatarrh	4	4	**8**
120	Akute Bronchitis	6	9	**15**
121a)	Chronischer Bronchialkatarrh	8	6	**14**
b)	Bronchialkatarrh ohne nähere Bezeichnung	26	16	**42**
122	Lungenentzündung, Pneumonie:			
a)	Fibrinöse oder genuine	10	9	**19**
b)	Katarrhalische Lungenentzündung	53	39	**92**
d)	Lungenentzündung ohne nähere Angabe	259	204	**463**
124	Lungenleiden ohne nähere Bezeichnung	6	9	**15**
125	Lungenblutsturz, Haemoptoe	9	3	**12**
126	Lungenemphysem	16	16	**32**
127a)	Lungenabszess	3	1	**4**
b)	Lungenbrand	5	1	**6**
128	Lungenlähmung	9	14	**23**
129a)	Brustfellentzündung, Rippenfellentzündung.:			
a)	seröse	2	1	**3**
b)	eitrige	6	5	**11**
c)	Brustfellendzündung ohne nähere Angabe	5	3	**8**
	Zusammen J	450	352	**802**

Noch Tab. 1.

Ordn.-Nr.	Todesursachen	Zahl der Verstorbenen m	w.	zus.
	K. Krankheiten des Verdauungsapparates.			
131	Halsentzündung	1	1	2
133	Krankheiten der Speiseröhre	1	—	1
134	Magenkrankheiten:			
a)	Magenkatarrh	6	1	7
c)	Magengeschwür, Magenblutung etc.	5	1	6
135	Darmkrankheiten:			
a)	Darmkatarrh, Enteritis, Magendarmkatarrh	116	109	225
c)	Durchfall, Brechdurchfall	34	31	65
d)	Darmträgheit	—	1	1
f)	Darmgeschwüre ohne nähere Angabe	1	—	1
136	Darmblutung	4	1	5
137	Blinddarmentzündung	15	17	32
138	Darmverschluss	2	11	13
139	Darmzerreissung	1	—	1
140	Mastdarmerkrankungen:			
a)	Proktitis	1	—	1
142	Brüche, Unterleibsbrüche etc.:			
a)	eingeklemmte	2	8	10
143	Bauchfellentzündung Unterleibsentzündung	20	33	53
144a)	Leberentzündung	3	—	3
c)	Akute Leberatrophie	1	1	2
d)	Leberzirrhose	19	4	23
146	Leberleiden ohne nähere Bezeichnung	1	—	1
147	Gallensteine	2	5	7
148	Erkrankungen des Pankreas	—	1	1
	Zusammen K	235	225	146
	L. Krankheiten der Harnorgane			
149	Nierenentzündung, Nephritis	62	58	120
150a)	Pyelitis	2	1	3
c)	Nierenvereiterung	2	1	3
151	Steinkrankheit	2	—	2
153	Uraemia	10	4	14
154	Entzündungen und Lähmungen der Harnwege:			
a)	Blasenleiden	3	1	4
	Zusammen L	81	65	146
	M. Krankheiten der Geschlechtsorgane Männliche.			
161	Erkrankungen der Prostata	1	—	4

Noch Tab. 1.

Ordn.-Nr.	Todesursachen	Zahl der Verstorbenen		
		m.	w.	zus.
	Weibliche.			
163b)	Parametritis	—	1	**1**
167	Lageveränderung der Gebärmutter	—	1	**1**
171c)	Eklampsie der Schwangeren	—	2	**2**
d)	„ „ Gebärenden	—	2	**2**
172	Folgen der Entbindung:			
a)	Blutungen während der Geburt	—	1	**1**
	Zusammen M	1	7	**8**
	Summe V	1374	1277	**2651**
	VI. Andere sowie nicht angegebene und unbekannte Krankheiten.			
176	(Wassersucht, Gelbfieber etc.)	33	20	**53**
	Gesamtsumme	2691	2395	**5086**

Tabelle 2. **Die Sterbefälle des Jahres 1907**

Ord.-Nr.	Todesursachen	1 Jahr			2—5 Jahre			6—10 Jahre			11—15 Jahre			16—20 Jahre			21—30 Jahre		
		m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.
1	Angeborene Lebensschwäche und Bildungsfehler	156	117	**273**	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2	Altersschwäche	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3	Im Kindbett gestorben	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7	**7**
	Darunter: Kindbettfieber	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	**5**
4	Scharlach	1	—	**1**	4	3	**7**	1	3	**4**	1	—	**1**	1	—	**1**	—	—	—
5	Masern und Röteln	15	10	**25**	16	14	**30**	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
6	Diphtherie und Krupp	—	1	**1**	12	9	**21**	6	8	**14**	2	1	**3**	1	—	**1**	—	—	—
7	Keuchhusten	17	13	**30**	13	9	**22**	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
8	Typhus	—	—	—	—	—	—		—	—	—	—	—	2	—	**2**	2	—	**2**
9	Uebertragb. Tierkrankheiten	—	—	—	—	1	**1**	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
10	a) Rose (Erysipel)	1	—	**1**	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	**3**	—	—	—
	b) And. Wundinfektionskrankh.	1	2	**3**	1	1	**2**	1	—	**1**	—	—	—	—	1	**1**	5	2	**7**
11	Tuberkulose	14	11	**25**	35	36	**71**	7	7	**14**	3	9	**12**	19	23	**42**	102	94	**196**
12	Lungenentzündung (Pneumonie)	111	72	**183**	79	56	**135**	4	5	**9**	1	2	**3**	2	2	**4**	9	13	**22**
13	Influenza	2	—	**2**	—	—	—	1	—	**1**	—	—	—	—	—	—	—	—	—
14	Andere übertragb. Krankheiten	20	10	**30**	2	1	**3**	—	1	**1**	—	—	—	2	—	**2**	1	1	**2**
	Darunter: Vener. Krankh.	15	5	**20**	—	—	—	—	1	**1**	—	—	—	—	—	—	—	—	—
15	Krankh. d. Atmungsorg. (ausschl. No. 6, 7, 11, 12, 13 u. 20)	36	26	**62**	15	15	**30**	1	—	**1**	1	—	**1**	1	—	**1**	3	2	**5**
16	Krankheiten d. Kreislauforgane (Herz usw.)	15	13	**28**	9	11	**20**	3	3	**6**	4	3	**7**	3	6	**9**	10	18	**28**
17	a) Gehirnschlag	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	**2**	4	2	**6**
	b) Andere Krankheiten d. Nervensystems	80	62	**142**	29	25	**54**	6	1	**7**	—	1	**1**	1	—	**1**	3	6	**9**
18	Krankheiten d. Verdauungsorgane (ausschl. No. 11 u. 20)	236	201	**437**	19	24	**43**	5	8	**13**	2	3	**5**	2	5	**7**	8	6	**14**
	Darunter: a) Magen- u. Darmkatarrh	200	167	**367**	17	16	**33**	1	2	**3**	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	b) Brechdurchfall	33	29	**62**	1	1	**2**	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
19	Krankh. d. Harn- u. Geschlechtsorgane (ausschl. No. 3 u. 20)	1	2	**3**	2	3	**5**	4	2	**6**	—	1	**1**	—	1	**1**	3	5	**8**
20	a) Krebskrankheiten)	1	—	**1**	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	1	**4**
	b) Andere Neubildunpen	—	—	—	1	2	**3**	1	—	**1**	—	—	—	2	—	**2**	5	3	**8**
21	a) Selbstmord	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	4	**12**	27	7	**34**
	b) Mord und Totschlag	2	4	**6**	1	—	**1**	—	—	—	—	—	—	1	—	**1**	3	—	**3**
	c) Verunglückung oder andere gewaltsame Einwirkung	—	—	—	4	4	**8**	4	2	**6**	2	—	**2**	4	1	**5**	8	3	**11**
22	Andere benannte Todesursachen	12	8	**20**	9	4	**13**	3	1	**4**	3	2	**5**	—	1	**1**	3	7	**10**
	Darunter: a) Alkoholismus (Säuferwahnsinn)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
23	Todesursache nicht angegeben und unbekannt	4	1	**5**	2	1	**3**	—	1	**1**	—	—	—	—	—	—	2	—	**2**
	Zusammen	725	553	**1278**	253	219	**472**	47	42	**89**	19	22	**41**	52	46	**98**	201	177	**378**

*) Handschriftlich nach Standesämtern vorhanden.

nach Todesursachen und erreichtem Lebensalter.

31—40 Jahre			41—50 Jahre			51—60 Jahre			61—70 Jahre			71—80 Jahre			81—90 Jahre			91 u. mehr Jahre			Ueberhaupt*)			Ord.-Nr.
m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	156	117	**273**	1
—	—	—	—	1	**1**	1	1	**2**	9	9	**18**	28	55	**83**	33	48	**81**	5	5	**10**	76	119	**195**	2
—	7	**7**	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	14	**14**	3
—	4	**4**	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	9	**9**	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	6	**14**	4
—	—	—	—	—	—	—	1	**1**	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	31	24	**55**	5
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	21	20	**41**	6
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	30	22	**52**	7
—	1	**1**	—	2	**2**	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	3	**7**	8
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	**1**	9
—	—	—	—	—	—	2	1	**3**	—	—	—	—	1	**1**	—	—	—	—	—	—	4	4	**8**	10a
1	3	**4**	—	1	**1**	1	—	**1**	3	1	**4**	—	—	—		—	—	—	—	—	13	11	**24**	10b
82	70	**152**	83	43	**126**	45	17	**62**	29	25	**54**	4	9	**13**	2	—	**2**	—	—	—	425	344	**769**	11
15	4	**19**	17	9	**26**	32	18	**50**	24	26	**50**	22	34	**56**	6	8	**14**	—	3	**3**	322	252	**574**	12
—	1	**1**	1	—	**1**	2	2	**4**	4	3	**7**	3	7	**10**	6	3	**9**	—	1	**1**	19	17	**36**	13
—	—	—	2	1	**3**	—	—	—	—	—	—	—	1	**1**	—	—	—	—	—	—	27	15	**42**	14
—	—	—	1	1	**3**	—	—	—	—	—	—	—	1	**1**	—	—	—	—	—	—	16	8	**24**	
5	4	**9**	11	4	**15**	15	8	**23**	25	18	**43**	12	18	**30**	3	5	**8**	—	—	—	128	100	**228**	15
23	23	**46**	30	32	**62**	57	50	**107**	73	101	**174**	58	80	**138**	8	23	**31**	—	2	**2**	293	365	**658**	16
6	4	**10**	16	8	**24**	27	20	**47**	33	34	**66**	16	33	**49**	5	11	**16**	—	1	**1**	108	113	**221**	17a
15	5	**20**	21	9	**30**	19	3	**22**	7	7	**14**	3	5	**8**	—	1	**1**	—	—	—	184	125	**309**	17b
14	7	**21**	16	12	**28**	14	14	**28**	9	15	**24**	5	6	**11**	1	2	**3**	—	—	—	331	303	**634**	18
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	**3**	—	—	—	—	—	—	—	—	—	218	188	**406**	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	**1**	—	—	—	34	31	**65**	
4	7	**11**	14	9	**23**	23	14	**37**	19	14	**33**	9	9	**18**	3	—	**3**	—	—	—	82	67	**149**	19
9	8	**17**	20	38	**58**	35	59	**94**	45	55	**100**	15	37	**52**	5	6	**11**	—	—	—	133	204	**337**	20a
2	2	**4**	3	3	**6**	11	3	**14**	1	3	**4**	2	—	**2**	1	—	**1**	—	—	—	29	16	**45**	20b
18	7	**25**	20	4	**24**	16	3	**19**	4	4	**8**	2	—	**2**	—	—	—	—	—	—	95	29	**124**	21a
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7	4	**11**	21b
19	—	**19**	8	1	**9**	7	1	**8**	3	3	**6**	1	2	**3**	—	—	—	—	—	—	60	17	**77**	21c
7	6	**13**	8	11	**19**	12	5	**17**	9	10	**19**	5	7	**12**	1	1	**2**	—	—	—	72	63	**135**	22
2	—	**2**	2	—	**2**	1	—	**1**	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	**5**	
2	—	**2**	4	—	**4**	8	6	**14**	9	7	**16**	2	4	**6**	—	—	—	—	—	—	33	20	**53**	23
222	159	**381**	274	188	**462**	327	226	**553**	305	335	**640**	187	308	**495**	74	108	**182**	5	12	**17**	2691	2395	**5086**	

Tabelle 3. **Die Sterbefälle des Jahres 19**

Ordn.-Nr.	Todesursachen	Januar			Februar			März			April			Mai			Ju[illegible]	
		m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.
1	Angeborene Lebensschwäche und Bildungsfehler	12	12	**24**	12	2	**14**	14	12	**26**	21	14	**35**	13	9	**22**	9	[illegible]
2	Altersschwäche (über 60 Jahre)	13	5	**18**	7	12	**19**	9	10	**19**	8	16	**24**	6	12	**18**	5	[illegible]
3	Im Kindbett gestorben	—	1	**1**	—	2	**2**	—	—	—	—	1	**1**	—	—	—	—	[illegible]
	Darunter: Kindbettfieber	—	1	**1**	—	2	**2**	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
4	Scharlach	—	—	—	—	—	—	2	—	**2**	1	—	**1**	2	1	**3**	—	—
5	Masern und Röteln	7	7	**14**	3	3	**6**	7	4	**11**	2	1	**3**	4	2	**6**	4	1
6	Diphtherie und Krupp	2	4	**6**	3	—	**3**	1	1	**2**	1	—	**1**	1	1	**2**	1	—
7	Keuchhusten	1	—	**1**	—	1	**1**	2	1	**3**	1	3	**4**	—	—	—	5	[illegible]
8	Typhus	—	1	**1**	—	—	—	—	1	**1**	—	—	—	1	1	**2**	—	—
9	Uebertragbare Tierkrankheiten	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	**1**	—	—
10	a) Rose (Erysipel)	1	—	**1**	—	1	**1**	—	—	—	—	2	**2**	1	—	**1**	1	1
	b) And. Wundinfektionskrankh.	1	—	**1**	—	3	**3**	—	2	**2**	2	—	**2**	1	1	**2**	1	1
11	Tuberkulose	47	26	**73**	28	26	**54**	46	37	**83**	42	35	**77**	44	28	**72**	32	34
12	Lungenentzündung (Pneumonie)	34	29	**63**	38	26	**64**	33	31	**64**	44	37	**81**	30	26	**56**	29	[illegible]
13	Influenza	2	2	**4**	10	7	**17**	1	5	**6**	2	1	**3**	2	—	**2**	—	—
14	Andere übertragb. Krankheiten	2	3	**5**	1	—	**1**	2	—	**2**	2	—	**2**	2	1	**3**	4	1
	Darunter: Vener. Krankheiten	1	2	**3**	1	—	**1**	—	—	—	1	—	**1**	2	—	**2**	2	[illegible]
15	Krankh. d. Atmungsorgane (ausschl. No. 6, 7, 11, 12, 13 u. 20)	18	13	**31**	12	19	**31**	20	11	**31**	6	12	**18**	14	9	**23**	1	[illegible]
16	Krankh. d. Kreislauforg. (Herz usw.)	36	31	**67**	40	32	**72**	28	40	**68**	29	40	**69**	28	18	**46**	21	25
17	a) Gehirnschlag	9	12	**21**	12	10	**22**	14	11	**25**	7	10	**17**	8	8	**16**	10	10
	b) Andere Krankh. d. Nervensyst.	13	10	**23**	14	10	**24**	17	9	**26**	18	13	**31**	23	10	**33**	10	9
18	Krankheiten der Verdauungsorg.	25	26	**51**	17	13	**30**	18	7	**25**	18	21	**39**	12	18	**30**	22	10
	Darunter:																	
	a) Magen- und Darmkatarrh	16	11	**27**	7	6	**13**	11	4	**15**	11	12	**23**	5	8	**13**	12	[illegible]
	b) Brechdurchfall	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	**1**	—	4	**4**	3	[illegible]
19	Krankh. d. Harn- u. Geschlechtsorg.	8	9	**17**	7	6	**13**	4	6	**10**	13	6	**19**	10	6	**16**	4	5
20	a) Krebskrankheiten	13	14	**27**	6	15	**21**	16	12	**28**	9	20	**29**	14	18	**32**	11	16
	b) Andere Neubildungen	—	2	**2**	2	—	**2**	3	1	**4**	1	1	**2**	3	3	**6**	4	1
21	a) Selbstmord	4	3	**7**	3	1	**4**	10	3	**13**	11	1	**12**	5	5	**10**	8	6
	b) Mord und Totschlag	2	—	**2**	—	—	—	1	—	**1**	1	—	**1**	—	1	**1**	—	1
22	c) Verunglückung oder andere gewaltsame Einwirkung	5	2	**7**	5	2	**7**	5	—	**5**	1	1	**2**	4	2	**6**	8	—
	Andere benannte Todesursachen	5	8	**13**	7	5	**12**	5	11	**16**	10	1	**11**	7	3	**10**	7	6
	Darunter: a) Alkoholismus (Säuferwahnsinn)	1	—	**1**	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	**1**	1	—
23	Todesursache nicht angegeben und unbekannt	3	2	**5**	6	2	**8**	5	3	**8**	1	3	**4**	—	5	**5**	5	1
	Zusammen	263	222	**485**	233	198	**431**	263	218	**481**	251	239	**490**	235	189	**424**	202	[illegible]
	Kinder unter 1 Jahr	68	46	**114**	48	30	**78**	59	33	**92**	73	48	**121**	54	46	**100**	50	32
	" " 5 Jahren	91	68	**159**	65	48	**113**	93	58	**151**	95	68	**163**	74	63	**142**	72	44

nach Monaten und Todesursachen.

Juli			August			Septemb.			Oktober			Novemb.			Dezember			Zusammen			Ordn.-Nr.
m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	
0	10	20	18	9	27	14	8	22	13	13	26	12	9	21	8	12	20	156	117	273	1
6	6	12	2	10	12	2	8	10	6	9	15	3	11	14	9	11	20	76	119	195	2
—	3	3	—	2	2	—	1	1	—	1	1	—	—	—	—	2	2	—	14	14	3
—	2	2	—	1	1	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	2	2	—	9	9	
1	1	2	—	—	—	—	2	2	—	—	—	2	2	4	—	—	—	8	6	14	4
1	5	6	3	1	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	31	24	55	5
1	—	1	1	1	2	3	2	5	1	1	2	1	4	5	5	6	11	21	20	41	6
3	3	6	3	2	5	7	3	10	2	1	3	2	4	6	4	2	6	30	22	52	7
—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	1	1	—	1	4	3	7	8
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	9
1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	4	8	10a
2	3	5	2	—	2	1	1	2	1	—	1	1	—	1	1	—	1	13	11	24	10b
38	30	68	39	29	68	24	16	40	30	26	56	25	20	45	30	37	67	425	344	769	11
17	18	35	16	13	29	18	13	31	13	10	23	14	15	29	36	17	53	322	252	574	12
1	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	2	19	17	36	13
2	1	3	3	2	5	3	3	6	—	—	—	4	1	5	2	3	5	27	15	42	14
2	—	2	2	1	3	2	2	4	—	—	—	1	—	1	2	2	4	16	8	24	
8	2	10	10	8	18	4	2	6	9	3	12	16	10	26	10	9	19	128	100	228	15
21	29	50	22	31	53	20	34	54	9	27	36	19	29	48	20	29	49	293	365	658	16
15	9	24	5	8	13	7	5	12	10	10	20	6	9	15	5	11	16	108	113	221	17a
11	11	22	16	8	24	20	12	32	11	11	22	17	13	30	14	9	23	184	125	309	17b
30	14	44	57	48	105	59	64	123	40	36	76	18	31	49	15	15	30	331	303	634	18
24	10	34	30	20	50	48	48	96	36	32	68	10	20	30	8	10	18	218	188	406	
3	1	4	20	17	37	6	7	13	1	—	1	—	—	—	—	—	—	34	31	65	
7	4	11	7	9	16	5	4	9	8	3	11	5	6	11	4	3	7	82	67	149	19
6	22	28	11	21	32	12	18	30	10	20	30	11	18	29	14	10	24	133	204	337	20a
3	1	4	2	—	2	2	—	2	5	2	7	2	2	4	2	3	5	29	16	45	20b
17	4	21	7	1	8	8	2	10	9	1	10	6	2	8	7	—	7	95	29	124	21a
1	1	2	2	1	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7	4	11	21b
8	4	12	7	1	8	6	1	7	5	2	7	5	1	6	1	1	2	60	17	77	21c
1	2	3	6	4	10	4	7	11	4	4	8	9	6	15	7	6	13	72	68	135	22
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1	—	1	5	—	5	
2	—	2	2	—	2	2	2	4	4	1	5	—	1	1	3	—	3	33	20	53	23
13	184	397	241	209	450	222	208	430	190	181	371	179	194	373	199	187	386	2691	2395	5086	
57	39	96	90	66	156	84	79	163	58	54	112	42	42	84	42	38	80	725	725	1278	
67	64	131	115	85	200	107	88	195	69	72	141	60	59	119	65	55	120	978	772	1750	

Tabelle 4.

Die Sterbefälle des Jahres 1907 nach Todesursachen und grösseren Stadtteile

(Die Sterbefälle sind soweit tunlich den Stadtteilen zugewiesen, in welchen die Erkrankung erfo[illegible]

Ord.-Nr.	Todesursachen	Stadtteile: Altstadt	Neustadt			Aussenstadt						Alt-Bornheim	Sachsh.		Bockenheim	Niederrad	Oberrad	Seckbach	Nach auswärts gehörig	Mit unb. Wohn[illegible]	[illegible]
			westl.	nördl.	östliche	süd-westl.	westl.	nord-westl.	nördl.	nord-östliche	östliche		Inneres	Äusser.							
1	Angeborene Lebensschwäche und Bildungsfehler	27	5	2	10	45	4	—	14	38	10	17	9	22	36	17	5	7	5	—	[illegible]
2	Altersschwäche	10	4	5	16	7	5	11	17	25	11	9	10	26	18	3	5	6	7	—	[illegible]
3	Im Kindbett gestorben	2	—	—	1	1	—	—	2	2	1	—	2	1	—	—	—	—	2	—	[illegible]
	Darunter: Kindbettfieber	2	—	—	1	1	—	—	1	2	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	[illegible]
4	Scharlach	1	—	—	1	3	—	—	3	1	—	1	—	—	3	1	—	—	—	—	[illegible]
5	Masern und Röteln	7	—	1	1	10	—	—	3	8	1	5	3	2	10	4	—	—	—	—	[illegible]
6	Diphtherie und Krupp	2	—	—	1	3	2	—	1	5	1	4	3	3	7	—	1	6	2	—	[illegible]
7	Keuchhusten	4	2	2	6	9	—	1	3	8	4	4	2	2	2	—	3	—	—	—	[illegible]
8	Typhus	—	1	—	—	1	—	—	1	—	—	1	—	1	1	—	—	—	1	—	[illegible]
9	Uebertragbare Tierkrankh.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	[illegible]
10	a) Rose (Erysipel)	1	—	—	1	1	1	—	1	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	[illegible]
	b) Andere Wundinfektionskrankheiten	5	1	—	1	5	—	2	3	—	—	1	—	1	2	—	1	1	1	—	[illegible]
11	Tuberkulose	97	22	16	46	82	5	10	55	92	36	63	38	58	63	18	21	4	31	12	[illegible]
12	Lungenentzündg. (Pneum.)	72	8	9	24	69	12	10	34	76	29	56	17	30	56	23	15	2	27	5	[illegible]
13	Influenza	2	2	—	—	2	—	3	7	3	3	1	1	4	5	—	1	2	—	—	[illegible]
14	And. übertragb. Krankh.	4	—	2	—	5	—	2	3	5	4	6	2	1	6	1	—	—	1	—	[illegible]
	Darunt.: Vener. Krankh.	1	—	2	—	3	—	1	2	3	3	2	2	1	3	1	—	—	—	—	[illegible]
15	Krankh. d. Atmungsorgane (ausschl. No. 6, 7, 11, 12, 18 u. 20)	27	7	4	7	24	1	6	18	34	13	12	13	21	17	8	8	1	7	—	[illegible]
16	Krankh. d. Kreislauforgane (Herz usw.)	55	26	18	32	57	14	33	88	76	32	36	18	58	51	15	17	6	24	2	[illegible]
17	a) Gehirnschlag	20	6	4	9	10	8	20	30	20	15	8	11	16	17	3	11	1	8	4	[illegible]
	b) Andere Krankheiten des Nervensystems	27	2	2	7	31	3	8	26	40	21	14	14	25	42	18	14	1	13	1	[illegible]
18	Krankh. d. Verdauungsorg. (ausschl. No. 11 u. 20)	61	12	5	21	79	6	5	48	66	38	73	29	43	55	33	29	2	27	2	[illegible]
	Darunter: a) Magen- u. Darmkat.	44	5	4	11	56	2	2	22	47	22	62	24	18	39	21	20	1	5	1	[illegible]
	b) Brechdurchfall	7	—	—	2	8	—	—	3	4	4	9	1	5	5	9	7	—	1	—	[illegible]
19	Krankh. der Harn- u. Geschlechtsorgane (auschl. No. 3 u. 20)	5	1	3	7	15	3	4	18	20	12	7	8	12	15	4	6	2	7	—	[illegible]
20	a) Krebskrankheiten	26	10	6	17	24	8	16	35	43	22	15	9	22	29	8	5	4	38	—	[illegible]
	b) Andere Neubildungen	3	—	—	2	1	1	3	4	5	1	1	2	3	7	—	—	—	10	2	[illegible]
21	a) Selbstmord	16	2	2	1	13	4	6	8	15	—	5	4	12	2	5	3	1	12	13	[illegible]
	b) Mord und Totschlag	1	—	1	—	1	1	—	1	—	1	1	—	—	—	—	—	—	1	3	[illegible]
	c) Verunglück. od. and. gewalts. Einwirkung	9	1	1	1	13	1	—	4	9	2	4	4	6	7	1	1	—	12	1	[illegible]
22	And. benannte Todesurs.	12	—	2	4	16	5	6	23	14	7	7	3	12	11	2	1	1	8	1	[illegible]
	Darunter: a) Alkoholismus (Säuferwahnsinn)	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1	[illegible]
23	Todesursache nicht angegeben und unbekannt	13	1	—	3	5	3	—	3	2	1	1	6	4	3	1	2	—	2	3	[illegible]
	Zusammen	509	113	85	219	532	87	146	453	608	265	353	208	386	465	165	149	47	247	49	[illegible]

Anmerkung. Siehe Planskizze Seite 189.

Tabelle 5.

Die Sterblichkeit der Kinder unter 15 Jahren nach Alter, Legitimität und Gebürtigkeit.

Altersklassen.	eheliche			uneheliche			Ueberhaupt			Davon hier geboren		
	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus	m.	w.	zus.
0— 1	527	411	**938**	198	142	**340**	725	553	**1278**	671	514	**1185**
1— 2	147	115	**262**	15	14	**29**	162	129	**291**	151	111	**262**
2— 3	40	34	**74**	6	3	**9**	46	37	**83**	39	30	**69**
3— 4	22	27	**49**	1	3	**4**	23	30	**53**	18	24	**42**
4— 5	20	22	**42**	2	1	**3**	22	23	**45**	17	18	**35**
5— 6	11	10	**21**	—	2	**2**	11	12	**23**	11	11	**22**
6— 7	12	9	**21**	1	—	**1**	13	9	**22**	10	7	**17**
7— 8	10	9	**19**	—	—	—	10	9	**19**	8	8	**16**
8— 9	4	5	**9**	—	—	—	4	5	**9**	3	3	**6**
9—10	9	5	**14**	—	2	**2**	9	7	**16**	7	3	**10**
10—11	7	3	**10**	—	—	-	7	3	**10**	7	3	**10**
11—12	4	—	**4**	—	—	—	4	—	**4**	4	—	**4**
12—13	2	6	**8**	—	1	**1**	2	7	**3**	—	5	**5**
13—14	4	5	**9**	—	—	—	4	5	**9**	4	3	**7**
14—15	2	7	**9**	—	—	—	2	7	**9**	2	4	**6**
Zusammen	821	668	**1489**	223	168	**391**	1044	836	**1880**	952	744	**1696**

Tabelle 6.

Die Sterblichkeit der Kinder im ersten Lebensjahre in den einzelnen Monaten des Jahres 1907 nach Todesursachen und Geschlecht.

Ordnungs-Nr.	Todesursachen.	Es starben im Monat																								Ueberhaupt		
		Januar		Februar		März		April		Mai		Juni		Juli		August		September		Oktober		November		Dezember				
		m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	zus
1	Lebensschwäche	12	12	12	2	14	12	20	14	13	9	9	7	10	10	18	9	14	8	13	12	12	9	8	12	155	116	**271**
2	Masern	4	3	1	2	3	1	1	1	1	—	1	—	1	2	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—	15	10	**25**
3	Scharlach	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	**1**
4	Diphtherie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
5	Keuchhusten	1	—	—	1	2	—	1	2	—	—	3	2	3	1	1	1	2	2	1	1	2	1	1	2	17	13	**30**
6	Tuberkulöse Hirnhautentzündung	—	—	2	—	2	1	—	—	—	—	—	1	1	—	1	—	—	—	1	—	1	—	—	1	8	3	**11**
7	Krämpfe	7	5	5	7	7	1	7	5	7	6	3	4	4	5	4	3	5	4	4	6	5	7	11	3	69	55	**124**
8	Luftröhrenästeentzd.	1	—	—	1	1	—	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	3	**6**
9	Lungenentzündung	18	10	12	6	8	8	18	8	15	9	12	6	5	3	2	6	5	4	4	2	4	5	8	5	111	72	**183**
10	Lungenschwindsucht	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—	2	2	**4**
11	Stimmritzenkrampf	4	—	1	—	5	2	1	—	2	1	—	—	1	—	2	2	1	—	1	—	2	—	1	2	21	7	**28**
12	Krupp	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	**1**
13	Magendarmkatarrh	6	4	2	3	1	—	2	4	2	2	5	4	19	7	16	12	29	39	18	14	3	6	1	3	104	98	**202**
14	Brechdurchfall	—	—	—	—	—	—	1	—	—	4	3	2	3	1	19	17	6	5	1	—	—	—	—	—	33	29	**62**
15	Ernährungszehrfieber	8	3	5	3	9	2	7	7	1	6	6	2	3	2	14	6	13	8	12	13	6	12	6	4	90	68	**158**
16	Angeborene Syphilis	1	2	1	—	—	—	1	—	2	—	2	1	2	—	2	1	2	—	—	—	1	—	1	1	15	5	**20**
17	Sonst. Todesursachen	6	7	7	5	6	6	14	5	10	8	6	3	5	8	8	8	7	9	2	6	5	1	5	5	81	71	**152**
	Zusammen	68	46	48	30	59	33	73	48	54	46	50	32	57	59	90	66	84	79	58	54	42	42	42	38	725	553	**1278**

Tabelle 7.

Die Sterblichkeit der Kinder im ersten Lebensjahr
Legi·

Ordn.-Nr.	Todesursachen	In der ersten Lebenswoche und zwar am							In der				Im ersten Le			
		1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	1.	2.	3.	4.	1.	2.	3.	4.
		Lebenstage							Lebenswoche				Lebens-			
1	Lebensschwäche . . .	106	31	23	5	2	5	7	179	41	20	23	263	6	1	—
2	Masern	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—
3	Scharlach	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
4	Diphtherie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
5	Keuchhusten	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	2	6	1
6	Tuberk. Hirnhautentzg.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
7	Krämpfe	—	—	3	1	—	—	—	4	5	4	5	18	12	14	13
8	Luftröhrenästeentz. . .	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	1	1
9	Lungenentzündung . .	—	—	—	—	1	—	—	1	—	1	1	3	13	15	11
10	Lungenschwindsucht .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
11	Stimmritzenkrampf .	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	1	3	2	1	1
12	Krupp	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
13	Magendarmkatarrh . .	—	—	1	—	—	—	—	—	2	7	8	17	37	31	32
14	Brechdurchfall . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	1	4	3	8	11	10	7
15	Ernährungszehrfieber .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	52	35	22
16	Angeborene Syphilis .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	2	9	5	3
17	Sonstige Krankheiten .	8	4	2	1	—	2	1	18	7	4	7	36	20	10	10
	Zusammen	114	36	29	7	3	7	8	204	57	42	50	353	166	131	108
	Davon waren unehelich	25	7	7	2	2	2	2	47	12	15	19	93	63	51	37

nach Todesursachen, erreichtem Lebensalter und timität.

…bensjahre und zwar im								…n den zwei ersten Lebensjahren und zwar								Im					Zus. innen bis zum 6. Lebensj.
5.	6	7.	8.	9.	10.	11.	12.	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8	1.	2.	3.	4.	5.	
monat								Lebensquartale								Lebensjahre					
1	—	—	—	—	—	—	—	270	1	—	—	—	—	—	—	271	—	—	—	—	270
—	1	1	4	4	2	6	5	2	1	9	13	7	3	8	7	25	25	2	3	—	55
—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	4	2	8
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	1	1	5
5	2	1	2	4	3	3	1	9	7	7	7	11	8	4	1	30	19	1	2	—	52
—	1	—	2	1	4	—	2	—	2	3	6	3	1	2	3	11	9	9	6	4	39
6	18	11	5	8	9	—	5	44	37	24	19	14	7	6	—	124	27	3	—	2	156
—	—	—	2	1	—	—	—	2	1	3	—	—	—	—	—	6	—	—	—	—	6
8	13	19	14	20	23	15	29	31	32	53	67	41	29	12	18	183	100	23	7	5	318
—	1	—	—	—	—	1	1	—	2	—	2	5	—	1	—	4	6	1	4	1	16
3	3	4	3	1	4	2	1	6	7	8	7	3	2	1	—	28	6	—	1	—	35
—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	3	—	—	1	4	2	4	6	17
13	22	14	7	8	8	5	8	85	67	29	21	10	4	1	1	202	16	—	1	1	220
7	3	5	4	2	2	2	1	29	17	11	5	2	—	—	—	62	2	—	—	—	64
15	8	5	11	3	1	4	1	88	45	19	6	4	4	3	—	158	11	4	—	—	173
—	—	—	—	—	—	—	—	16	3	—	1	—	—	—	—	20	—	—	—	—	20
10	6	9	13	6	10	10	7	66	31	28	27	25	13	17	9	152	64	36	20	23	295
67	78	69	67	58	67	53	61	650	253	194	181	127	70	55	39	1278	291	83	53	45	1750
21	20	7	12	10	11	7	8	207	78	29	26	13	9	9	4	340	29	9	4	3	385

Tabelle 8.

Die in den einzelnen Monaten des Jahres 1907 Verstorbenen nach Altersgruppen und Zivilstand.

Monate	Von den Verstorbenen standen im Lebensjahre													Ueberhaupt	Davon waren			
	1	2—5	6—10	11—15	16—20	21—30	31—40	41—50	51—60	61—70	71—80	81—90	91 u. mehr		ledig	verheirat.	verwitwet	geschied
Januar	114	45	8	2	10	28	41	38	47	76	55	17	4	**485**	249	138	93	5
Februar	78	35	4	5	11	36	23	41	56	58	64	19	1	**431**	196	144	91	—
März	92	59	6	—	10	33	36	43	55	75	50	19	3	**481**	231	167	83	—
April	121	42	9	4	12	41	31	40	43	71	53	23	—	**490**	259	155	74	2
Mai	100	42	8	5	8	25	31	44	58	49	40	13	1	**424**	218	135	69	2
Juni	82	34	3	5	9	35	42	35	44	32	34	11	2	**368**	194	123	50	1
Juli	96	35	3	5	11	32	34	39	48	40	41	11	2	**397**	197	140	57	3
August	156	44	8	1	8	36	28	41	43	42	31	12	—	**450**	273	118	57	2
September	163	32	10	4	5	30	25	35	37	51	27	11	—	**430**	255	127	46	2
Oktober	112	29	9	3	4	22	27	32	39	44	35	15	—	**371**	204	113	52	2
November	84	35	9	3	3	31	38	39	40	43	30	17	1	**373**	189	117	63	4
Dezember	80	40	12	4	7	29	25	35	43	59	35	14	3	**386**	191	117	76	2
Zusammen:	1278	472	89	41	98	378	381	462	553	640	495	182	17	**5086**	2656	1594	811	25
Davon hier geb.	1185	408	71	32	41	118	83	68	96	123	111	76	4	**2416**	1936	299	173	8

Oeffentliche Gesundheitspflege.

Mitteilungen des Stadtarztes Sanitätsrat Dr. Koenig.

Die durch die Dienstanweisung abgegrenzten Gebiete, welche dem Stadtarzt zur Bearbeitung übertragen sind, sind die gleichen geblieben wie in den Vorjahren.

Die Tätigkeit verteilt sich wie folgt:

Lfd. Nr.	Untersuchte Personen	Anzahl der Untersuchungen wegen												Gesamtzahl der Untersuchungen
		Annahme bezw. Anstellung	Beurlaubung	Pensionierung	Arbeitsfähigkeit nach Unfällen	Aufnahme und Schulfähigkeit	Dispensierung vom Unterricht	Umschulung	Antrags auf Lebensversicherung	Aufnahme in Sterbekassen	Einweisung in Anstalten oder Bäder	Beschaffung grösserer Bandagen	sonstiger Angelegenheiten	
1	Beamte und Angestellte	248	20	24	—	—	—	—	—	1	—	—	17	310
2	Arbeiter	521	—	19	252	—	—	—	—	—	—	—	73	865
3	Lehrer	96	18	16	—	—	—	—	—	—	—	—	17	147
4	Lehrerinnen	10	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	12
5	Schulkinder	—	—	—	—	12	17	4	—	—	—	—	—	33
6	Lehrschwestern	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4
7	Krankenschwestern	1	—	—	—	—	—	—	15	—	—	—	—	16
	Oberin	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
8	Schwimmlehrerinnen	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
9	Städt. Alumnen- u. Sonstige Personen	—	—	—	—	—	—	—	—	—	226	43	—	269
	Ferner:													
10	Besichtigung und Begutachtung in sanitärer Beziehung aus baupolizeilichen Gründen wegen Konzessionserteilung usw.													20
11	Begutachtung von Bauplänen													14
12	Gutachten in verschiedenen Angelegenheiten													186
13	Rechnungsprüfungen													7
14	Allgemeine Geschäftssachen													651
														2 536

Die Untersuchungen der weiblichen Personen wurden von Fräulein Dr. Meyer und nach deren Fortgang am 1. Dezember 1907 von Fräulein Dr. Kehr, welche bereits früher mit denselben betraut gewesen war, übernommen.

Die Zahl der Untersuchungen weiblicher Personen ausser den oben genannten betrug 108 gegen 127 im Vorjahre. Sie zergliedert sich wie folgt:

Lfd. Nr	Untersuchte Personen	Anzahl d. Untersuchungen wegen						Gesamtzahl der Untersuchungen
		Annahme bezw. Anstellung	Beurlaubung	Pensionierung	Antrag auf Lebensversicherung	Aufnahme in Sterbekassen	sonstiger Angelegenheiten	
1	Lehrerinnen	37	13	2	—	—	6	58
2	Krankenschwestern	10	—	—	3	—	—	13
3	Sonst. weibliche Angestellte	14	—	1	—	—	—	15
4	Ehefrauen städt. Angestellter	—	—	—	—	22	—	22

Wie in allen früheren Jahren nahmen die persönlichen Untersuchungen den bei weitem grössten Teil der Tätigkeit des Stadtarztes ein. Im Krankenhauswesen fand der Stadtarzt durch Teilnahme an den Sitzungen der Anstaltsdeputation Gelegenheit, sich zu betätigen, sowie durch Beaufsichtigung des Betriebes der Krankenhausapotheke. Im übrigen werden eine Reihe von Gutachten über allgemeine sanitäre Fragen erstattet.

Durch Magistratsbeschluss vom 7. Februar 1908 Nr. 3004 wird der Stadtarzt gemäss § 44 des Gesetzes vom 28. Juli 1906 vom 1. April 1908 ab zu den Sitzungen der Schuldeputation mit beratender Stimme abgeordnet, während derselbe bisher nur zu den Sitzungen Einladungen erhalten hatte.

Am einschneidendsten in Fragen der **Schulgesundheitspflege** wirkte die Anweisung zur Verhütung der Weiterverbreitung übertragbarer Krankheiten durch die Schulen (Preuss. Min.-Erl. vom 9. Juli 1907), welche als eine Ergänzung der beiden Gesetze betreffend die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten vom 30. Juni 1900 bezw. 28. August 1905 und 15. September 1906 anzusehen ist und an die Stelle des Min.-Erl. vom 14. Juli 1884 getreten ist. Es wurden vom Stadtarzt auf Grund dieser neuen Bestimmung Anweisungen ausgearbeitet, welche von den Schulbehörden an die einzelnen Schulen ge-

geben wurden, und ferner die Einzelheiten der Bestimmungen mit den Schulärzten besprochen. Die aufgetretenen Infektionen in Schulen waren nicht erheblich. Sobald es notwendig erschien, wurden Desinfektionen vorgenommen (wegen Masern, Scharlach und Keuchhusten), wodurch Übertragungen von ansteckenden Krankheiten durch die Schule verhütet wurden.

Zur Prüfung von bauhygienischen Gesichtspunkten im Schulwesen wurden dem Stadtarzt die Pläne der neu zu errichtenden Schulgebäude vorgelegt, ferner ein Gutachten über den Umbau der Wöhlerschule erstattet, sowie nach genauer Prüfung in Verbindung mit dem Hochbauamt eine gutachtliche Äusserung über die in der genannten Schule bestehende Heizungsanlage abgegeben.

Herbst 1907 wurden neu eröffnet die Bismark-Mittelschule und die Rudolfschule 'sowie der Um- und Erweiterungsbau für die Gruneliusschule; im Bau fertiggestellt wurden 1907 die Schillerschule (höhere Mädchenschule und Gymnasium), die Schwantaler- und die Textorschule.

Von weiteren allgemeinen schulhygienischen Fragen wurde die Regelung der Kehrrichtabfuhr aus Schulen und die Prüfung künstlicher Beleuchtung in Schulen dem Stadtarzt zur Äusserung vorgelegt und ferner anlässlich eines Sonderfalles die Störung des Schulbetriebes durch Maschinen in der Nachbarschaft der Gebäude geprüft. Für die Ausstattung der Schulen mit Bänken und sonstigem Mobiliar wurde regelmässig die Äusserung des Stadtarztes in einer grossen Anzahl von Fällen eingeholt. Schliesslich unterlag die Frage der Verabreichung von warmem Frühstück an Schulkinder der stadtärztlichen Begutachtung, welche nach Umfrage bei den Schulärzten erledigt wurde. Es erfolgte die Ernennung des Stadtarztes zum Mitgliede des Vorstandes des Vereins zur Verabreichung warmen Frühstücks an Schulkinder. Im übrigen betätigte sich der Stadtarzt ausser bei den Besichtigungen der Schulen und der Überwachung der schulärztlichen Tätigkeit noch bei der Prüfung der Kinder, welche, für die Hilfsschulen vorgeschlagen waren, und der Begutachtung von Konzessionen einiger Privatschulen.

Schulärzte. Im Berichtsjahre amtierten 24 Schulärzte.

Der Gesundheitszustand war allgemein ein guter. Eine kleine Diphtherie-Epidemie kam in Seckbach vor. Es wurden von den Schulärzten die in den beiden Tabellen auf Seite 3 zusammengestellten Krankheiten beobachtet.

Es wurden von den neueintretenden Kindern in Mittelschulen 992 und in Bürgerschulen 4396 schulärztlich untersucht. Hinsichtlich des Gesundheitszustandes ergab sich folgendes:

Bei der Aufnahmeuntersuchung festgestellte Krankheiten:

	Mittelschulen	Bürgerschulen
1. Allgemeine Erkrankungen	202	1191
Skrofulose	48	252
Rachitis	57	549
Anämie	90	328
Sonstige	7	61
2. Erkrankung innerer Organe	143	657
der Brustorgane	79	394
der Bauchorgane	37	178
des Nervensystems	27	85
3. Chronische Hautleiden	29	144
4. Sehstörungen	40	299
5. Hörstörungen	31	169
6. Sprachstörungen	105	560
7. Wirbelverkrümmung	43	212
8. Sonstige	100	370

Über die allgemeine Konstitution, die Grösse, das Körpergewicht der Schulanfänger gibt die auf Seite 212 und 213 stehende Tabelle Auskunft.

Zusammenstellung

der

beobachteten Krankheiten

und

Ergebnisse der Erstuntersuchungen.

Zusammenstellung der

a) Mittelschulen.

Krankheiten	Klasse VIII K.	VIII M.	VII K.	VII M.	VI K.	VI M.	V K.	V M.	IV K.	IV M.	III K.	III M.	II K.	II M.	I K.	I M.
1. Allg. Erkrankungen:																
Skrofulose	2	2	1	3	2	4	1	2	2	3	2	—	—	—	—	—
Rachitis	—	—	1	—	1	3	1	—	1	1	1	—	1	1	—	—
Anämie	2	6	5	21	7	34	3	35	5	32	8	32	2	28	1	7
Sonstige	—	—	1	2	—	1	1	4	1	—	2	—	—	2	—	—
2 Erkrankungen innerer Organe:																
der Brustorgane . . .	1	4	4	5	3	13	2	6	4	7	3	10	1	8	3	—
„ Bauchorgane . . .	1	2	4	5	8	6	7	6	5	8	1	1	9	—	—	1
des Nervensystems . . .	1	2	3	4	5	6	5	6	—	6	1	3	2	2	—	3
3. Chron. Hautleiden . . .	—	6	1	3	—	5	4	6	1	2	2	—	1	—	—	2
4. a) Sehstörungen . . .	1	14	10	12	6	23	13	25	7	11	7	16	1	10	3	10
b) Augenentzündungen .	—	—	2	2	1	4	1	9	2	4	1	1	—	2	1	—
5. Hörstörungen	3	3	2	8	8	15	5	12	5	8	4	7	—	1	1	5
6. Sprachstörungen . . .	4	2	2	10	3	9	1	7	—	8	2	3	—	2	—	5
7. Wirbelverkrümmung . .	—	1	—	6	1	—	3	5	2	4	—	1	—	1	1	1
8. Sonstige	—	2	8	7	9	5	4	13	5	9	1	8	6	2	2	1
9. Geistig schwach	3	5	1	2	1	1	2	4	—	—	1	—	—	—	—	—

Ergebnisse der

a) Mittel-

Schule	Zahl der Untersuchten		Hausärztliche Atteste		Grösse: Mittlere cm		Maximum cm		Minimum cm	
	Kn.	M.	Kn.	M.	Kn.	M.	Kn.	M.	Kn.	M.
Bethmann-Mittelschule . . .	50	40	—	—	116,5	117	129	132	108	106
Bismarck-Mittelschule . . .	83	41	—	—	116,7	115,2	127	125	105	102
Bockenheimer Mittelschule	—	37	—	4	—	121,5	—	138	—	105
Bornheimer-Mittelschule. .	81	34	2	4	116,6	116,6	129	124	99	105
Deutschherren-Mittelschule	43	40	3	2	119,01	115,74	131	134	110	104
Engl. Fräulein-Mittelschule	—	26	—	—	—	116	—	122	—	107
Fürstenberger Mittelschule	—	75	—	4	—	115	—	130	—	104
Ostend-Mittelschule	103	38	1	1	115	114	127	132	102	104
Peters-Mittelschule.	—	53	—	9	—	116	—	127	—	106
Souchay-Mittelschule	37	40	1	1	120	118	138	128	99	107
Souchay-Mittelschule Ueberklassen.	46	38	—	1	119	118	126	138	108	99
Westend-Mittelschule	46	41	—	—	114	118	128,1	125,5	104	98,5
	489	503	7	26	117,1	116,6	129,4	129,9	104,4	104,0
	992		33							

beobachteten Krankheiten.

b) Bürgerschulen.

Krankheiten	VIII K.	VIII M.	VII K.	VII M.	VI K.	VI M.	V K.	V M.	IV K.	IV M.	III K.	III M.	II K.	II M.	I K.	I M.
1. Allgem. Erkrankungen:																
Skrofulose	25	24	26	30	11	36	18	27	15	17	16	16	9	9	8	14
Rachitis	22	20	12	14	1	2	12	3	5	6	9	1	7	2	9	1
Anämie	23	24	22	50	25	62	27	55	29	86	36	88	43	48	15	98
Sonstige	12	8	10	10	10	14	9	13	11	4	10	9	11	18	15	14
2. Erkrankungen innerer Organe:																
der Brustorgane . . .	47	29	29	29	42	44	41	46	39	37	62	45	51	36	62	52
" Bauchorgane . . .	16	9	23	18	28	19	21	23	32	20	22	20	21	16	17	11
des Nervensystems . . .	8	7	11	15	9	15	14	11	11	17	15	9	8	11	11	12
3. Chron. Hautleiden . . .	24	26	18	53	16	25	23	41	28	31	18	30	14	16	6	20
4. a) Sehstörungen	26	24	33	44	38	61	57	50	37	60	42	74	38	48	25	33
b) Augenentzündungen .	15	20	12	37	13	26	19	40	20	20	16	20	12	18	7	12
5. Hörstörungen	16	22	22	28	15	18	29	33	32	30	26	34	21	17	22	12
6. Sprachstörungen . . .	21	13	22	17	11	19	23	18	24	22	13	16	16	9	3	12
7. Wirbelverkrümmung . .	10	12	12	10	11	7	6	14	13	17	12	9	10	13	18	20
8. Sonstige	29	44	41	71	60	66	69	84	40	88	60.	58	43	63	29	45
9. Geistig schwach . . .	21	26	16	4	6	7	8	3	3	4	7.	1	—	—	3	3

Erstuntersuchungen.

schulen.

Gewicht						Konstitution					
Mittleres kg		Maximum kg		Minimum kg		gut		mittel		schlecht	
Kn.	M.	Kn	M.	Kn.	M.	Kn.	M.	Kn.	M.	Kn.	M.
21	22	27	30	17,5	16	15	11	35	29	—	—
21,4	21	32,4	24,5	18	18,5	19	5	64	36	—	—
—	23,5	—	33,2	—	18	—	25	—	16	—	—
20,7	19,9	30,5	24,7	15,7	15,6	44	22	39	16	—	—
23,27	23,41	27	30,5	16,2	18	15	29	31	13	—	—
—	21,25	—	25	—	17	—	22	—	4	—	—
—	21,2	—	29,5	—	16,5	—	26	—	45	—	4
21,2	22,1	25,7	29,5	17	18	66	26	37	12	1	1
—	?	—	24	—	15	—	25	—	25	—	3
23,4	22,3	26,5	28,8	15,4	17,2	20	17	17	24	1	—
26,3	26,5	21,6	21,1	16,5	15,4	17	22	25	14	4	3
21,5	21,4	26,5	24,5	17,5	18.5	42	38	4	3	—	—
21,1	22,2	27,1	27,1	16,7	16,9	238 48,7%	268 53%	252 51,5%	237 45%	6 1%	11 2%
						50,5%		48%		1.5%	

b) Bürger-

Schule	Zahl der Untersuchten		Hausärztliche Atteste		Grösse: Mittlere cm		Maximum cm		Minimum cm	
	Kn.	M.	Kn.	M.	Kn.	M.	Kn.	M.	Kn.	M.
Allerheiligenschule	54	—	—	—	118,5	—	126	—	100	—
Annaschule	—	98	—	—	—	112	—	129	—	95
Battonnschule	117	—	—	—	111,95	—	138	—	91	—
Bonifaziusschule	54	56	—	—	112	110	125	121	99	99
Brentanoschule	85	47	—	—	115	113	125	123	97	101
Comeniusschule	—	135	—	—	—	112,7	—	124	—	99
Dahlmannschule	102	100	—	—	116	113	122	123	103	90
Domschule	59	—	—	—	113	—	126	—	100	—
Dreikönigsschule	—	50	—	—	—	115	—	127	—	99
Franckeschule	94	—	—	—	112,4	—	126	—	97	—
„ Ueberklassen	97	—	—	—	113	—	124	—	97	—
Frankensteinerschule	56	41	—	—	115	155,5	125	180	100	97
Frauenhofschule	49	51	—	—	111,5	115	126	126	99	101
Fröbelschule	46	47	—	—	111,8	112,4	121	125	103	102
Gellertschule	105	—	—	—	112,5	—	126	—	100	—
Glauburgschule	60	55	—	—	112	113,6	122	125	103,5	101
Gruneliusschule	22	70	—	—	114	111	123	120	108	98
Günderrodeschule	51	56	—	—	114,5	114	124	125	105	103
Günthersburgschule	169	—	1	—	113	—	126	—	101	—
Gutleutschule	49	46	—	—	113,3	112	126	120	101	99
Hellerhofschule	15	155	—	—	111	116	117	129	106	104
Hölderlinschule	30	20	—	—	104	109	119	120	102	96
Karmelitersch. mit Ueberkl.	51	44	—	1	112,5	112	127	129	99	104
Katharinenschule	—	54	—	—	—	114	—	125	—	98
Kirchnerschule	60	58	—	—	111,84	108,3	121	124	105	99
Lersnerschule	47	77	2	7	113,9	108,6	123	124	102	101
Liebfrauenschule	—	133	—	—	—	112,9	—	127	—	96
Merianschule	55	50	—	—	116	114	128	126	100	99
Mühlbergschule	51	45	—	—	115	114,7	121	127	103	101
Niederräder evgl. Schule	36	29	—	—	112	112	118,5	126	101,5	98
Oberräder evgl. Knabensch.	45	—	—	—	110	—	124	—	100	—
Oberräder kath. Schule	23	31	—	—	111,9	112,3	120	130	101	105
Pestalozzischule	101	50	—	—	114,30	111,5	125	121	105	101
Rebstockerschule	91	—	—	—	115	—	129	—	105	—
Rosenbergerschule	—	56	—	—	—	113	—	129	—	102
Schwarzburgschule	57	54	—	—	115	112	124	126	96	101
Seckbacher Schule	25	19	—	1	113,8	112,4	123	120	107	105
Sophienschule	—	104	—	1	—	114,5	—	130	—	102
Sophienschule Ueberklassen	—	132	—	—	—	114	—	128	—	94
Uhlandschule	50	51	—	1	112,5	111,5	132	128	104	98
Varrentrappschule	40	52	—	—	112,5	111	128	126	95	96
Wallschule	—	78	—	—	—	113,5	—	127	—	109
Weissfrauenschule	48	—	1	—	114	—	130	—	103	—
Wiesenhüttenschule	25	18	—	—	111	112	123	118	102	105
Willemerschule	58	61	—	—	115	114	125	129	106	100
	2173	2223	4	11	112,6	112,4	124,7	125,9	101,4	98,7
	4396		15							

schulen.

Gewicht						Konstitution					
Mittleres kg		Maximum kg		Minimum kg		gut		mittel		schlecht	
Kn.	M.	Kn.	M.	Kn.	M.	Kn.	M.	Kn.	M.	Kn.	M.
21,2	—	26	—	16,5	—	13	—	41	—	—	—
—	21,35	—	28,5	—	14,2	—	25	—	53	—	20
21,23	—	32	—	13,8	—	16	—	87	—	14	—
20	19	25,8	22,8	14	14,6	9	12	41	14	4	3
20	18	26	24	16	16	23	18	25	29	—	—
—	19,3	—	26,5	—	15,7	—	26	—	109	—	—
19,2	21,1	23,6	25,2	17	16	78	80	21	18	3	2
20	—	25	—	15	—	33	—	24	—	2	—
—	21,5	—	29,5	—	17	—	20	—	28	—	2
20,8	—	28,5	—	13,5	—	64	—	23	—	7	—
21	—	29	—	17	—	18	—	75	—	4	—
22,5	21,5	27,5	29,2	17	17	32	12	21	27	3	2
20,5	20,5	27,8	31,5	15,5	14,9	24	33	24	71	1	1
19,97	20,18	24	25	17	15,5	24	20	20	22	2	5
20,49	—	25,7	—	16,5	—	57	—	37	—	11	—
20,5	20	24	26,8	17	15	11	11	49	42	—	2
19,1	19,2	24,5	25	17	16	16	37	6	33	—	—
20,25	20,5	23,5	25	17	16	16	17	34	36	1	3
19,8	—	25,5	—	15	—	25	—	143	—	2	—
20,9	19,8	27,6	26,5	16	16	31	25	17	19	1	2
21	21,5	25	27	17	16	6	81	9	73	—	1
20	19,3	24,2	24	16,5	16	5	7	19	9	6	4
19,6	19,7	24,4	26,5	16,5	15	27	25	21	19	3	1
—	18,4	—	28,5	—	15,5	—	8	—	37	—	9
20,54	17,78	24,5	26	16,5	16	6	10	53	48	1	—
18,9	18,4	24,5	27	16,5	15	2	19	43	64	4	4
—	22,5	—	28	—	14	—	46	—	79	—	8
19	19,6	28,2	27	16,2	14,5	9	8	38	27	8	15
21,7	21,9	23,2	27,5	17	16,5	12	16	37	28	2	1
19,6	19,97	23	23,7	14,4	16,5	16	14	20	15	—	—
19,4	—	23	—	16,5	—	26	—	19	—	—	—
20,2	19,9	24	25,3	17,1	16,8	15	16	8	15	—	—
21	20	26	27,5	17,2	14,8	28	24	70	26	3	—
20,8	—	27,2	—	16	—	35	—	57	—	2	—
—	20	—	28	—	16	—	26	—	29	—	1
20,4	19,3	25,8	27	15,5	15	6	11	51	40	—	3
21	21	23,5	24,5	17	16,5	3	1	22	18	—	1
—	19,8	—	30	—	15,3	—	69	—	27	—	9
—	20	—	30	—	14	—	32	—	97	—	3
22,5	20,5	27	27,5	14,5	16,5	20	15	29	35	1	1
20,6	19,5	26	25	16,7	15,5	39	28	21	23	—	1
—	19,79	—	24,7	—	15	—	17	—	58	—	3
20,85	—	27,5	—	17,5	—	30	—	17	—	1	
19,4	19,7	22	21,6	15,5	17	7	4	15	11	3	3
21,7	19,5	25	24,5	18,4	14	11	12	43	44	4	5
20,4	19,9	25,5	26,4	16,2	15,6	793 37 %	825 37 %	1280 59 %	1293 58 %	93 4 %	115 5 %
						37 %		58,5 %		4,5 %	

Es starben 57 Kinder in den Bürgerschulen, und zwar 33 Knaben und 24 Mädchen. Als Todesursache wurde 3 mal Blinddarmentzündung, 8 mal Lungentuberkulose, 1 mal Lungenentzündung, 1 mal Lungenkatarrh, 2 mal Blutvergiftung, 3 mal Hirnhautentzündung, 2 mal Zuckerruhr, 5 mal Diphtherie, 1 mal Gehirnerschütterung, 1 mal Gehirnaffektion, 1 mal Darmleiden, 1 mal Hornhautentzündung, 1 mal Rose, 2 mal Scharlach, 2 mal Herzfehler, 1 mal Herzleiden, 1 mal Muskelschwund, 1 mal Zahnfistel, 1 mal Knochenmarkentzündung, 1 mal Nierenentzündung, 1 mal Ohrenleiden, 2 mal Schwächlichkeit, 6 mal Unglücksfall, 2 mal Verbrennen, 2 mal Ertrinken, 1 mal Hirnhauttuberkulose, 1 mal Bauchfellentzündung, 1 mal Knochenfrass und 2 mal Warzenfortsatzentzündung festgestellt.

In den Mittelschulen starben 10 Kinder, 6 Knaben und 4 Mädchen. Die Todesursache war 1 mal Herzleiden, 1 mal chronisches Lungenleiden, 1 mal Nierenentzündung, 1 mal Lungenentzündung, 1 mal Zuckerruhr, 1 mal Ertrinken, 1 mal Erschiessen (Unglücksfall) und in 3 Fällen Ursache unbekannt.

Wiederum wurde wie im Vorjahre eine Schlussuntersuchung der abgehenden Kinder vorgenommen, wobei besonders auch die hygienischen Verhältnisse des Berufes den Schülern gegenüber vom Schularzt erwähnt wurden.

Ein Heilkursus für stotternde Schulkinder fand in der Zeit vom 27. Mai bis 4. Dezember unter Leitung des Rektors Bleher in 5 Abteilungen statt, die von den Lehrern Kauferstein, Schneider, Weber, Weimar und Will geführt wurden. Die Abteilungen waren in den Gebäuden der Hölderlinschule, Kirchnerschule, Varrentrappschule, Wiesenhüttenschule und in dem ehemaligen Gebäude der Hilfsschule in der Predigerstrasse untergebracht. Es nahmen 52 Knaben und Mädchen aus hiesigen Mittel- und Bürgerschulen teil. 27 Kinder konnten als geheilt, vier als sehr gebessert, siebzehn als gebessert und nur vier mussten als wenig gebessert bezeichnet werden.

Turnspiele. a) Knaben. Die Teilnahme erstreckte sich, wie bisher, auf die Schüler der höheren Schulen vom vierten, der Mittel- und Bürgerschulen vom dritten Schuljahre an (362 Klassen). Von 15 074 Schülern nahmen 8593 teil = 57 %. Diese spielten in 132 Abteilungen unter Leitung von ebenso vielen Lehrern. Als Spielplätze dienten für 124 Abteilungen mit 8117 Spielern die allgemeinen Spielplätze, die übrigen Abteilungen benutzten die Schulhöfe. Jede Schule

spielte wöchentlich einmal. Die Beteiligung betrug durchschnittlich 79,82 Proz. der Gesamtzahl der spielenden Schüler.

Das Wetturnen der höheren Schulen fiel auf Antrag der Schulen aus. — Für die Schüler der Mittel- und Bürgerschulen wurde am 20. September ein Wetturnen veranstaltet. Es beteiligten sich daran 291 Schüler, von denen 92 den Mittelschulen und 199 den Bürgerschulen angehörten. Von den teilnehmenden Knaben erhielten 134 einen Preis, wovon auf die Knaben der Mittelschulen 50 und auf die der Bürgerschulen 84 entfielen. — Die üblichen Schlagballwettspiele fanden im August und September sowohl für die höheren Schulen, und zwar getrennt für die Mittel- und Oberklassen, als auch für die Mittel- und Bürgerschulen statt. Sieger blieben in der Unterabteilung der höheren Schulen (Klassen bis U. II) die Schüler des Lessinggymnasiums. Sie erhielten als Wanderpreis die von einem Freunde der Jugendspiele gestiftete künstlerisch ausgeführte, wertvolle Silberplakette, die einen Sieger im Ballspiel darstellt. Den zweiten Preis errangen die Schüler der Sachsenhäuser Oberrealschule. In der Oberabteilung der höheren Schulen (Klassen O II und I) siegte ebenfalls das Lessinggymnasium; den zweiten Preis erhielten die Schüler der Klinger-Oberrealschule. Von den Mittelschulen siegten die Schüler der Ostend-Mittelschule (I. Preis) und die der Bornheimer Mittelschule (II. Preis); von den Bürgerschulen die Schüler der Battonnschule (I. Preis: Jahnschild), die Schüler der Merianschule (II. Preis) und die Schüler der Glauburgschule (III. Preis). — Im Eilboten-Wettlauf errangen die Schüler der Bethmann-Mittelschule den I., die der Ostend-Mittelschule den II. und die der Bornheimer-Mittelschule den III. Preis; von den Bürgerschulen siegten die Günthersburgschule (I), Battonnschule (II), Karmeliterschule (III), Gellertschule (IV), Schwarzburgschule (V), Brentanoschule und Gutleutschule (VI. Preis).

b) Mädchen. Es spielten 4552 Schülerinnen von 36 Schulen in 73 Abteilungen unter Leitung je einer Lehrerin; 58 Abteilungen spielten auf den Spielplätzen, die übrigen auf den Schulhöfen. Die durchschnittliche Teilnahme betrug 78 Proz. der Schülerinnen. — Bei den Wettspielen siegten: im Schlagballspiele die Lersnerschule, im Tamburinball die Lersnerschule (I. Preis) und die Souchay-Mittelschule (II. Preis).

Baden und Schwimmen der Schulkinder im Main und in der Nidda. a) Knaben. Es wurden, wie in den Vorjahren, die Knaben der vier letzten Schuljahre der

Mittel- und Bürgerschulen zur Teilnahme aufgefordert. Von 7242 Schülern meldeten sich 5497 = 74,52 Proz. Aus diesen wurden 105 Abteilungen gebildet. Die Aufsichtsführung wurde ebenso vielen Lehrern übertragen. Jede Abteilung badete wöchentlich dreimal. Die durchschnittliche Teilnahme betrug 74,77 Proz. der Angemeldeten. Es haben nur gebadet 1322, es konnten frei schwimmen 1713, es erhielten Schwimmunterricht 2452; von den letzteren lernten frei schwimmen 1251 = 51,02 Proz. Von den im Schuljahr 1907 von den Mittel- und Bürgerschulen aus der Schulpflicht entlassenen 1769 Schülern haben sich am Baden beteiligt und Schwimmunterricht erhalten 1328. Hiervon haben das Schwimmen erlernt 1068 = 80,42 %.

b) Mädchen. Von insgesamt 6205 Schülerinnen der Oberklassen meldeten sich 3640 = 58,67 Proz. Dieselben badeten in 66 Abteilungen wöchentlich je dreimal unter Aufsicht von ebenso vielen Lehrerinnen. Die Teilnahme betrug im Durchschnitt 63,53 Proz. Es haben nur gebadet 647, es konnten schon frei schwimmen 996, es erhielten Schwimmunterricht 1997, von den letzteren lernten frei schwimmen 876 = 43,86 Proz. Von den im Schuljahre 1907 von den Mittel- und Bürgerschulen aus der Schulpflicht entlassenen 1808 Mädchen haben 887 am Baden und Schwimmen teilgenommen. Von diesen haben 675 = 76,09 Proz. das Schwimmen erlernt.

In den Brausebädern er Bürgerschulen wurden im ganzen 210,371 Bäder an Knaben und 100,986 Bäder an Mädchen abgegeben. Der Wasserverbrauch belief sich nach den Messungen des Tiefbauamts auf 9186 cbm, mithin auf 29,18 Liter für ein Bad.

Im **Armenwesen** wirkte der Stadtarzt als Mitglied des Armenamts durch Teilnahme an den regelmässigen Sitzungen, nachdem ihm vorher die einzelnen Fälle, soweit ein gesundheitliches Interesse in Betracht kam, zur Aeusserung vorgelegt worden waren. Er überwachte die Tätigkeit der Armenärzte, prüfte die eingegangenen Beschwerden und hatte sich namentlich im Friedhofswesen mehrfach gutachtlich zu änssern, und zwar sowohl betreffs der zu errichtenden Neubauten, des Sektionsbetriebes, der Verhütung ansteckender Krankheiten durch Leichen, und namentlich auch der Tätigkeit der anzustellenden Leichenfrauen.

Gesetze, die von Einfluss auf die Armenpflege wären, wurden im Berichtsjahr nicht erlassen.

Dagegen wird nicht ohne Bedeutung für die Armenpflege der Versuch sein, mit dem zuerst das hiesige Oberlandesgericht am 1. Januar 1908 vorgegangen ist, um, ohne eine Aenderung der Gesetzgebung abzuwarten, bereits jetzt die Straftaten jugendlicher Personen in einer dem Erziehungszweck angemesseneren Weise durch Personalunion von Strafrichter und Vormundschaftsrichter zu behandeln. Das Armenamt wird selbstverständlich alles tun, um bei diesem Jugendgericht soweit als irgend möglich mitzuhelfen.

Die Fürsorge für Lungenkranke konnte in etwas grösserem Massstabe betrieben werden, nachdem der Magistrat einer Anregung des Armenamtes folgend durch Beschluss vom 30. Mai 1907, über die Verwendung der „Kaiser und Kaiserin Wilhelm-Stiftung zur Bekämpfung der Tuberkulose“ bestimmt hatte, dass Zinsen bis auf weiteres dem Krankenpflegefonds zur Verfügung gestellt werden; um zu dem durch die Beschlüsse der städtischen Behörden festgestellten Zweck der Bekämpfung der Tuberkulose, sowie zur Unterstützung der an dieser Krankheit Leidenden verwendet zu werden; insbesondere sollen diese Zinsen zur Pflege chronisch, namentlich tuberkulös Kranker, benutzt, und es sollen auch Mietzuschüsse und Beiträge für sanitäre Verbesserung der Wohnungsverhältnisse gewährt werden können. In 12 Fällen wurden dem Verein zur Bekämpfung der Lungenschwindsucht Mittel zur Verfügung gestellt, um bedürftigen Familien einen regelmässigen Beitrag zu geben, durch den die Ermietung einer Wohnung ermöglicht wurde, die geräumiger oder gesünder war als die bisher benutzte und deren Mietpreis ohne das Vorhandensein des Fonds nicht hätte bestritten werden können. Der Verein hat es unternommen, vor Ermietung der neuen Wohnung stets die Beschaffenheit der zu ermietenden Wohnräume genau festzustellen und auch nachher durch häufige Kontrollbesuche seiner Fürsorgeschwestern sich zu vergewissern, dass in der Tat die beabsichtigte Verbesserung der hygienischen Verhältnisse erreicht und mit der Mietunterstützung kein Missbrauch getrieben wird. Anderseits erfolgt die Bewilligung der Mietbeihilfen ohne Rücksicht auf die etwa der Familie gewährte offene Armenunterstützung. Würde diese es unternehmen, den unterstützten Familien besondere Beiträge zur Ermietung grösserer Wohnungen zu geben, als deren Einkünften entspricht, so würde dies nur dazu führen, dass die unterstützten Familien sich bezüglich der Beschaffung der Miete durchaus auf das Armenamt

verliessen. Nunmehr wissen sie, dass ihnen die Mietbeihilfe zwar auch belassen wird, wenn der Armenpfleger die Unterstützung aus Armenmitteln zurückzieht, dass sie aber nur so lange gewährt wird, als die vom Verein geprüfte und gutgeheissene Wohnung in ordnungsmässiger Weise benutzt wird. Es scheint dadurch, soweit die bisherigen Erfahrungen ein Urteil zulassen, in erfreulicher Weise auf die ganze Lebenshaltung der Familien eingewirkt zu werden.

Von neuen Stiftungen und Anstalten, die im vergangenen Jahre entstanden, sind insbesondere zu nennen die am 1. Juli 1907 eröffnete, von Frau von Weinberg begründete Krippe in Niederrad, wo es bisher an einer derartigen Anstalt gänzlich fehlte; ferner der im August eröffnete israelitische Kindergarten (Stiftung der Frau Oppenheimer).

Im Berichtsjahre sind eine Reihe der für die offene Armenpflege wichtigsten Fragen eingehend im Armenamt beraten worden. Zunächst musste auf Grund eines Beschlusses der Stadtverordneten vom 19. März 1907 nochmals die Frage der Einführung der freien Arztwahl in der Armenpflege geprüft werden. Das Armenamt fand auch bei dieser wiederholten Prüfung, über die dem Magistrat am 16. Oktober 1907 ein eingehender Bericht erstattet ward, keinen Grund, seinen früheren Standpunkt zu ändern; dass nämlich die freie Arztwahl in der Armenpflege, die sich nur auf einen kleinen Bruchteil der Bevölkerung bezieht, anders zu beurteilen sei, als bei den Krankenkassen, bei denen der Uebergang zum Kassenarztsystem die krankenversicherungspflichtige Bevölkerung, also nahezu dreiviertel der Einwohner, des Rechtes der Arztwahl beraubt und dadurch zu Verhältnissen führt, die eben wegen des grossen dadurch betroffenen Teiles der Bevölkerung mit der heutigen beruflichen Stellung der Aerzte schwer vereinbar sein mögen. Und obgleich prinzipiell gegen das System der fest angestellten Aerzte ebenso wenig einzuwenden ist, als gegen das System der freien Arztwahl, und obgleich finanzielle Gründe keinenfalls bei der Entscheidung für das eine oder andere System massgebend sein können, so empfiehlt es sich doch auch nicht, die Armenpflege in einer Art zu gestalten, dass den Unbemittelten jedes Interesse fehlt, durch Teilnahme an der Familienversicherung der Ortskrankenkasse sich die ärztliche Hilfe selbst zu beschaffen.

Es wurde daher in Uebereinstimmung mit dem einstimmigen Wunsch sämtlicher Armenvorsteher beschlossen,

zunächst an dem System der vertraglich angestellten, zur Teilnahme an den Bezirkssitzungen verpflichteten Armenärzte festzuhalten. Dagegen wurde die Verpflichtung der Armenärzte zur Beobachtung aller ständig unterstützten Familien, auch derjenigen, bei welchen kein chronischer Krankheitsfall vorlag, durch Beschluss vom 3. Dezember 1907 erneut in Erinnerung gebracht.

Aus nachstehenden 2 Tabellen ist der Umfang der offenen Armenpflege und die Tätigkeit der Armenärzte ersichtlich:

Uebersicht der Kranken nach den Bezirken,

Armenbezirk *)	Armenarzt	Zusammen	Geschlecht		Alter						
			M.	W.	0 bis 1	1 bis 5	5 bis 15	15 bis 20	20 bis 40	40 bis 60	über 60
1 a	Dr. Gause . .	333	136	197	31	60	48	8	73	64	54
1 b	„ Baldes . .	67	29	38	6	5	10	2	21	12	11
2 a	„ Gause . .	299	118	181	22	49	38	3	63	94	30
2 b	„ Weyrauch .	250	94	156	38	31	44	5	41	42	49
3 a	„ Hainebach	198	92	106	20	19	19	2	61	61	16
3 b	„ Weydt . .	209	82	127	19	24	36	3	49	49	29
4	„ Marx . . .	128	37	91	5	12	18	4	19	34	36
6	„ Weydt . .	119	42	77	6	11	10	—	36	30	26
7 a	„ Katzenstein	114	45	69	12	14	12	4	25	32	15
7 b	„ Hainebach	123	57	66	10	14	13	4	30	31	21
8	„ Küppers .	109	48	61	8	9	3	5	40	23	21
9	„ Baldes . .	34	9	25	1	2	4	—	6	12	9
10/11	„ Marx . . .	72	27	45	1	5	5	2	23	19	7
12	„ Gross . .	96	32	64	4	9	6	1	19	34	23
13	„ Gotthold .	36	6	30	3	1	—	1	12	10	9
14	„ Küppers .	78	31	47	2	5	9	4	18	20	20
15	„ Simrock .	95	44	51	3	11	6	3	28	28	16
16	„ Weber . .	392	168	224	50	48	63	8	103	86	34
21 a	„ Gross . .	84	35	49	2	2	9	1	11	30	29
21 b	„ Krug . . .	122	38	84	11	10	12	2	39	36	12
22 a	„ Krug . . .	175	52	123	18	18	37	—	41	39	22
22 b	„ Gotthold .	65	17	48	5	2	5	2	11	18	22
22 c	„ Gotthold .	73	26	47	8	10	12	—	18	18	7
22 d	„ Thiergardt	64	12	52	6	4	15	—	20	12	7
23 a	„ Streitke . .	77	23	54	1	4	8	1	23	27	13
23 b	„ Streitke . .	71	25	46	3	6	3	5	18	25	11
23 c	„ Streitke .	47	19	28	5	1	4	1	17	9	10
24	„ Koempel .	134	50	84	12	13	23	4	34	27	21
25	„ Katzenstein	172	58	114	14	16	18	3	40	53	28
27 a	„ Thiergardt	203	60	143	32	25	32	2	55	35	22
27 b	„ Thiergardt	30	9	21	2	2	3	—	8	8	7
28	„ Weilhammer	193	65	128	32	27	27	2	47	40	18
30	„ Tassius . .	107	46	61	10	18	17	—	25	10	27
31 a	„ Heimann .	60	20	40	7	8	9	3	12	11	10
31 b	„ Heimann .	60	22	38	6	8	10	—	14	15	7
32 a	„ Tassius . .	42	15	27	2	7	8	—	10	11	4
32 b	„ Tassius . .	21	6	15	3	2	5	—	5	5	1
33	„ Seckbach .	109	30	79	10	15	22	—	20	12	30
34	„ Löwenthal	90	33	57	8	16	22	2	13	19	10
35 a	„ Debold . .	98	46	52	14	21	9	1	16	15	22
35 b	„ Löwenthal	133	61	72	13	35	26	2	18	23	16
36	„ Debold . .	195	78	117	25	27	39	2	42	43	17
37	„ Gottfried .	138	61	77	22	23	20	3	26	24	20
38	„ Einsiedel .	104	26	78	14	22	7	1	25	15	20
39	„ Weilhammer	20	6	14	3	—	5	—	1	1	10
		5439	2036	3403	529	671	751	91	1276	1262	859

*) Siehe Planskizze Seite 189.

nach Geschlecht, Alter, Zugang und Ausgang.

Zugang		Ausgang							Ohne nähere Angaben
von 1906	neu	ge-heilt	unge-heilt	ver-zogen	in ein Ho-spital	ge-stor-ben	nicht be-hand.	ver-blei-ben	
8	325	134	83	8	82	14	—	12	—
—	67	43	7	—	13	2	1	1	—
5	294	91	74	2	125	7	—	—	—
22	228	131	7	6	51	7	12	36	—
5	1 3	41	24	7	88	4	28	6	—
11	198	60	17	12	54	5	48	13	—
34	94	51	4	11	14	1	4	43	—
5	114	18	8	6	31	1	44	11	—
10	104	42	11	2	27	2	2	28	—
3	120	14	17	2	51	1	35	3	—
1	108	35	9	—	53	1	11	—	—
1	33	19	7	1	7	—	—	—	—
21	51	26	—	2	10	2	2	30	—
2	94	26	32	1	13	2	9	13	—
6	30	14	5	1	9	—	2	5	—
5	73	24	6	2	35	2	6	3	—
9	86	24	17	2	22	—	12	18	—
35	354	134	21	10	107	4	60	56	—
—	84	26	21	1	20	2	1	13	—
6	116	34	14	5	32	1	35	1	—
9	166	75	13	5	39	1	40	2	—
13	52	30	10	2	13	—	—	10	—
9	64	51	3	1	10	—	5	3	—
—	64	22	14	—	10	2	6	10	—
3	74	24	17	—	15	3	7	11	—
11	60	31	10	—	17	8	3	2	—
13	34	14	4	1	8	2	4	14	—
39	95	57	—	5	18	1	2	51	
12	160	70	2	3	46	6	9	36	—
5	198	79	17	2	57	2	15	31	—
5	25	15	1	—	8	1	3	2	—
27	166	69	11	3	55	7	18	30	—
17	90	37	12	—	30	7	3	18	—
—	60	19	1	1	24	1	9	5	—
—	60	24	—	1	24	1	8	2	—
9	33	13	7	1	14	1	1	5	—
6	15	8	2	—	3	—	3	5	—
6	103	47	4	—	33	1	18	6	—
—	90	28	10	1	35	1	16	4	—
—	98	50	9	1	28	5	2	3	—
—	133	45	8	—	53	5	14	8	—
5	190	117	11	1	53	2	8	8	—
2	136	50	5	—	38	6	31	8	—
5	99	26	2	2	62	2	1	9	—
6	14	10	—	—	7	1	—	2	—
394	5045	1993	557	111	1544	124	538	572	—

Allgemeine Uebersicht der Tätigkeit der Armenärzte im Rechnungsjahre 1907.

Armendistrikt*)	Zahl der behandelten Kranken	Zahl der: Besuche im Hause des Kranken	Zahl der: Konsultat. im Hause des Arztes	Zahl der: Besuche und Konsultat. zusammen	Ausgaben für: Arzneien M.	Pf.	Ausgaben für: Bandagen, chirurg. Behandlung etc. M.	Pf.	Ausgaben für: Zusammen M.	Pf.	Ausgaben pro Kopf der Behandelten: für ärztliche Behandlung M.	Pf.	für Arzneien M.	Pf.	für Bandagen, chirurg. Behandlung etc. M.	Pf.	Zusammen M.	Pf.
1 a	333	337	1 663	891	679	09	38	—	717	09	1	58	2	04	—	11	3	73
1 b	67	220	327	329	346	57	14	50	361	07	9	90	5	17	—	21	15	28
2 a	299	307	987	636	350	74	23	53	374	27	1	58	1	25	—	08	2	91
2 b	250	450	992	781	319	85	48	—	367	85	4	—	1	17	—	19	5	36
3 a	198	221	185	283	101	54	—	—	101	54	3	12	—	51	—	—	3	63
3 b	209	223	330	433	151	46	26	—	177	46	3	05	—	72	—	13	3	90
4	128	207	756	459	171	88	18	50	190	38	5	—	1	34	—	14	6	48
6	119	103	210	173	178	97	27	—	205	97	3	05	1	50	—	23	4	78
7 a	114	136	525	311	162	13	11	—	173	13	3	50	1	42	—	09	5	01
7 b	123	127	120	167	68	70	16	—	84	70	3	12	—	56	—	13	3	81
8	109	100	267	189	86	78	24	75	111	53	5	35	—	80	—	23	6	38
9	34	59	239	139	234	24	8	—	242	24	9	90	7	—	—	24	17	14
10/11	72	201	294	299	116	59	—	—	116	59	5	—	1	67	—	—	6	67
12	96	314	405	449	201	43	—	—	201	43	5	55	2	10	—	—	7	65
13	36	34	149	84	107	13	—	—	107	13	5	75	3	—	—	—	8	75
14	78	61	214	132	178	05	25	25	203	30	5	85	2	30	—	32	7	97
15	95	67	205	135	250	27	—	—	250	27	2	05	2	63	—	—	4	68
16	392	301	586	496	360	98	37	50	398	48	2	05	—	92	—	10	3	07
21 a	84	314	357	433	143	74	25	—	168	74	5	55	1	71	—	30	7	56
21 b	122	354	279	447	399	34	23	—	422	34	3	36	3	27	—	19	6	82
22 a	175	329	519	502	508	95	17	50	526	45	3	36	2	91	—	10	6	37
22 b	65	130	275	222	177	69	28	75	206	44	5	75	2	73	—	44	8	92
22 c	73	141	268	210	120	35	24	25	144	60	5	75	1	65	—	33	7	73
22 d	64	157	104	192	615	39	44	—	659	39	3	36	9	61	—	70	13	67
23 a	77	195	557	381	298	53	28	—	326	53	5	13	3	88	—	36	9	37
23 b	71	329	503	487	222	69	15	—	237	69	5	13	3	14	—	21	8	48
23 c	47	208	479	363	251	23	36	—	287	23	5	13	5	35	—	71	11	19
24	134	805	678	1 031	699	46	27	—	726	46	7	46	5	22	—	20	12	88
25	172	217	605	419	214	09	20	—	234	09	3	50	1	24	—	11	4	85
27 a	203	538	337	650	862	41	24	—	886	41	3	36	4	25	—	12	7	73
27 b	30	99	92	130	768	85	49	50	818	35	3	36	25	63	1	65	30	64
28	193	678	940	991	1 437	28	18	—	1 455	28	4	69	7	45	—	09	12	23
30	107	128	293	226	237	70	17	50	255	20	5	88	2	22	—	16	8	26
31 a	60	98	126	140	92	62	—	—	92	62	8	33	1	54	—	—	9	87
31 b	60	46	129	89	82	70	38	50	121	20	8	33	1	38	—	64	10	35
32 a	42	34	185	96	889	77	—	—	889	77	5	88	21	18	—	—	27	06
32 b	21	27	67	59	46	11	44	—	90	11	5	88	2	20	2	10	10	18
33	109	220	237	299	154	15	38	—	192	15	9	17	1	41	—	35	10	93
34	90	48	168	104	172	49	17	—	189	49	4	05	1	92	—	19	6	16
35 a	98	148	356	267	109	29	32	—	141	29	3	41	1	12	—	33	4	86
35 b	133	133	170	190	176	24	13	—	189	24	4	05	1	32	—	10	5	47
36	195	287	791	551	203	96	25	50	229	46	3	41	1	05	—	13	4	59
37	138	702	254	787	207	75	—	—	207	75	7	25	1	51	—	—	8	76
38	104	547	131	591	52	90	17	—	69	90	7	21	—	51	—	16	7	88
39	20	278	156	330	33	25	—	—	33	25	4	69	1	66	—	—	6	35
Sa.	5439	10653	17 510	16 573	13245	33	940	53	14185	86	4	36	2	43	—	17	6	96

*) Siehe Planskizze Seite 189.

Uebersicht der Kranken

nach

Krankheiten, Geschlecht, Alter, Zugang und Ausgang.

Eine Uebersicht über die in der geschlossenen Armenpflege d. h. in Krankenanstalten behandelten Kranken während der letzten Jahre ergibt die folgende Tabelle:

Uebersicht der Kranken nach Krankheiten,

Krankheiten	Zusammen	Geschlecht		Alter						
		M.	W.	0 bis 1	1 bis 5	5 bis 15	15 bis 20	20 bis 40	40 bis 60	über 60
Morbilli	158	78	80	6	99	51	—	—	—	1
Röteln	5	3	2	—	1	4	—	—	—	—
Scarlatina	20	9	11	—	4	16	—	—	—	—
Windpocken	6	2	4	2	2	2	—	—	—	—
Rose	10	2	8	—	3	—	—	5	1	1
Diphtherie	21	—	21	—	9	12	—	—	—	—
Keuchhusten	35	17	18	6	18	10	—	1	—	—
Influenza	102	3	99	—	11	9	1	28	30	33
Kindbettfieber	18	—	18	—	—	—	1	16	1	—
Typhus	2	—	2	—	—	—	—	2	—	—
Fleckfieber	1	1	—	—	—	1	—	—	—	—
Brechdurchfall	6	2	4	5	1	—	—	—	—	—
Gelenkrheumatismus, akuter	75	29	46	—	—	6	1	16	34	18
Schanker, harter	9	5	4	2	1	—	—	5	1	—
Syphilis, primäre	3	2	1	—	—	—	1	1	1	—
„ sekundäre	9	3	6	—	—	2	—	6	1	—
Gonorrhöe	39	19	20	—	2	3	2	32	—	—
Herzklappenentzündung, gon.	1	1	—	—	—	—	1	—	—	—
Nebenhodenentzündung, gon.	1	1	—	—	—	—	—	1	—	—
Syphilis, tertiäre	5	4	1	—	—	—	1	4	—	—
Syphilis	23	7	16	2	3	1	—	17	—	—
„ angeborene	3	2	1	2	—	—	—	1	—	—
Hirnhautentzündung, tuberk.	1	—	1	1	—	—	—	—	—	—
Knochen- u. Gelenktuberkulose	14	4	10	—	1	2	—	4	5	2
Miliartuberkulose	10	3	7	—	2	1	1	2	3	1
Skrofulose	37	16	21	3	13	21	—	—	—	—
Kehlkopftuberkulose	3	2	1	—	—	—	—	1	2	—
Tukerkulose der männl. Geschlechtsorgane	2	2	—	—	—	—	—	2	—	—
Lungentuberkulose	271	137	134	—	—	11	8	141	90	21
Hundswut	1	1	—	—	—	—	—	—	1	—
Bandwurm	2	1	1	—	1	1	—	—	—	—
Blasenwurm	4	2	2	—	—	3	—	1	—	—
Skabies	45	32	13	—	6	20	2	11	6	—
Läuse	2	—	2	—	1	—	—	1	—	—
Schwämmchen	2	1	1	—	2	—	—	—	—	—
Vergiftung durch organ. Gifte	4	3	1	—	1	—	—	1	2	—
„ „ anorgan. Gifte	3	3	—	—	—	—	—	2	1	—
Trunksucht	7	6	1	—	—	—	—	2	5	—
Delirium tremens	2	2	—	—	—	—	—	—	1	1
Verletzung durch Stich u. Hieb	3	—	3	—	—	—	—	1	2	—
Brandwunden	19	3	16	—	1	3	1	2	9	3
Verstauchungen	12	8	4	—	—	1	—	2	5	4
Knochenbrüche	24	14	10	—	6	3	—	4	6	5

Geschlecht, Alter, Zugang und Ausgang.

Zugang		Ausgang						
	neu	geheilt	ungeheilt	verzogen	in ein Hospital	gestorben	nicht behandelt	verblieben
1	157	118	—	—	36	2	2	—
—	5	5	—	—	—	—	—	—
4	16	1	—	—	18	—	1	—
—	6	4	—	—	2	—	—	—
—	10	4	—	—	4	—	2	—
—	21	6	—	—	13	2	—	—
2	33	21	—	—	13	1	—	—
3	99	74	1	—	20	2	1	4
—	18	13	—	1	2	1	—	1
—	2	2	—	—	—	—	—	—
—	1	1	—	—	—	—	—	—
—	6	—	—	—	3	3	—	—
14	61	34	2	6	15	—	6	12
—	9	2	—	—	7	—	—	—
—	3	1	—	—	2	—	—	—
—	9	—	—	1	8	—	—	—
1	38	2	3	—	33	—	1	—
—	1	—	—	—	1	—	—	—
—	1	—	—	—	—	—	1	—
—	5	—	—	—	5	—	—	—
—	23	1	4	—	14	—	2	2
—	3	—	1	—	2	—	—	—
—	1	—	—	—	—	1	—	—
4	10	—	5	1	6	1	—	1
—	10	1	—	—	7	1	1	—
4	33	14	8	—	11	1	3	—
—	3	—	1	1	1	—	—	—
—	2	—	—	—	2	—	—	—
46	225	24	31	21	102	24	43	26
—	1	1	—	—	—	—	—	—
—	2	2	—	—	—	—	—	—
—	4	4	—	—	—	—	—	—
—	45	2	—	—	43	—	—	—
—	2	1	—	—	1	—	—	—
—	2	2	—	—	—	—	—	—
1	3	1	—	—	2	—	—	1
—	3	2	—	—	1	—	—	—
—	7	—	2	—	3	—	2	—
1	1	—	—	—	1	—	—	1
—	3	3	—	—	—	—	—	—
4	15	15	—	—	1	—	2	1
1	11	7	—	—	2	—	3	—
2	22	10	—	—	9	—	4	—

Krankheiten	Zusammen	Geschlecht M.	Geschlecht W.	Alter 0 bis 1	1 bis 5	5 bis 15	15 bis 20	20 bis 40	40 bis 60	über 60
Verletzungen, sonstige	16	8	8	—	1	7	—	4	1	3
Gehirnerschütterung	4	2	2	—	3	—	—	1	—	—
Verletzung durch Erschütterung	18	13	5	—	3	4	1	6	4	—
Verrenkungen an den oberen Gliedern	4	3	1	—	2	1	—	—	1	—
Beckenbruch	1	1	—	—	—	—	—	—	1	—
Bruch der Wirbelsäule	4	1	3	—	—	3	—	—	1	—
Verletzung durch Sturz, Fall, Schlag	1	—	1	—	—	—	—	1	—	—
Quetschung	2	1	1	—	—	1	—	1	—	—
Erfrieren	2	2	—	—	—	1	—	1	—	—
Verletzung durch Zerreissung	40	17	23	—	3	6	—	10	14	7
Lebensschwäche, angeborene	5	3	2	3	—	—	—	2	—	—
Bildungsfehler	7	2	5	—	—	1	—	5	1	—
Zahnen	1	1	—	—	1	—	—	—	—	—
Rachitis	120	57	63	7	101	12	—	—	—	—
Osteomalazie	22	1	21	—	—	1	—	15	5	1
Atrophie infantum	32	13	19	20	2	2	1	5	1	1
Erschöpfung	30	11	19	3	1	—	—	5	12	1
Altersschwäche	169	50	119	—	2	—	—	1	28	138
Brand	1	—	1	—	—	—	—	—	—	1
Durchliegen, brandiges	1	1	—	—	—	—	—	1	—	—
Kretinismus	1	1	—	—	1	—	—	—	—	—
Zuckerkrankheit	11	5	6	—	—	—	—	—	6	5
Gicht	10	2	8	—	—	—	—	2	6	2
Fettsucht	2	—	2	—	—	—	—	—	1	1
Neubildungen, bösartige	8	2	6	—	—	—	—	3	2	3
" gutartige	8	1	7	—	—	1	—	2	4	1
Geschwülste, sonstige	27	10	17	—	—	—	—	4	14	9
Krebs	3	2	1	—	—	—	—	2	1	—
Hautkrankheiten	70	28	42	8	13	26	3	12	4	5
Ekzem	60	22	38	12	13	16	1	5	7	6
Gürtelrose	1	1	—	—	—	—	—	—	—	1
Schuppenflechte	3	2	1	—	—	—	2	1	—	—
Nesselausschlag	11	9	2	1	1	8	—	—	—	—
Grind	1	—	1	—	—	1	—	—	—	—
Furunculosis	8	4	4	1	1	1	—	3	—	2
Nagel, eingewachsener	2	1	1	—	—	1	1	—	—	—
Fingergeschwür, infektiöses	10	3	7	—	—	4	1	4	1	—
Abszess	35	17	18	—	4	6	—	15	7	3
Ulcus cruris	91	12	79	—	—	2	—	16	42	31
Muskelentzündung	2	1	1	—	—	—	—	2	—	—
Muskelrheumatismus	292	65	227	—	—	5	1	46	130	110
Muskelatrophie	5	5	—	—	—	—	—	1	1	—
Sehnenscheidenentzündung	7	2	5	—	—	—	1	1	4	1

Zugang		Ausgang						
	neu	geheilt	ungeheilt	verzogen	in ein Hospital	gestorben	nicht behandelt	verblieben
15	1	14	—	—	2	—	—	—
—	4	3	—	—	1	—	—	—
—	18	11	—	—	5	—	2	—
3	1	2	—	—	—	1	—	1
—	1	—	—	—	1	—	—	—
—	4	4	—	—	—	—	—	—
—	1	—	1	—	—	—	—	—
—	2	2	—	—	—	—	—	—
—	2	—	—	—	2	—	—	—
1	39	31	1	—	3	—	4	1
—	5	2	—	—	1	1	—	1
1	6	4	1	—	1	—	1	—
—	1	1	—	—	—	—	—	—
8	112	29	44	5	28	3	6	5
2	20	6	6	1	6	—	2	1
1	31	12	4	2	8	5	—	1
1	29	5	14	—	4	3	2	2
24	145	10	62	5	36	8	30	18
—	1	1	—	—	—	—	—	—
—	1	—	—	—	1	—	—	—
—	1	—	—	—	1	—	—	—
2	9	2	5	1	1	—	1	1
4	6	—	7	1	—	—	—	2
—	2	1	1	—	—	—	—	—
1	7	1	1	—	3	2	1	—
1	7	2	1	—	1	1	1	2
2	25	—	1	1	16	2	4	3
—	3	—	—	2	—	1	—	—
—	70	32	2	—	34	—	2	—
1	59	31	3	1	19	2	3	1
—	1	—	—	—	1	—	—	—
—	3	—	—	—	3	—	—	—
—	11	7	—	—	4	—	—	—
—	1	—	—	—	1	—	—	—
—	8	6	—	—	2	—	—	—
—	2	2	—	—	—	—	—	—
1	9	8	—	1	1	—	—	—
—	35	20	1	—	11	—	2	1
18	73	36	15	3	18	—	8	11
—	2	1	—	—	—	—	1	—
31	261	105	73	9	57	3	16	29
—	5	—	2	—	2	—	—	—
1	6	5	—	—	1	—	1	—

Krankheiten	Zusammen	Geschlecht		Alter						
		M.	W.	0 bis 1	1 bis 5	5 bis 15	15 bis 20	20 bis 40	40 bis 60	über 60
Knochenentzündung	20	6	14	—	3	3	1	6	5	2
Gelenkentzündung	35	10	25	—	—	4	3	6	10	12
Gelenkrheumatismus	38	5	33	—	—	—	—	3	20	15
Plattfuss	17	10	7	1	3	3	2	4	3	1
Anämie	375	67	308	2	16	116	15	111	94	21
Aktinomykosis	1	1	—	—	—	—	1	—	—	—
Drüsenentzündung	18	8	10	—	2	9	1	5	1	—
Herzerweiterung	3	1	2	—	—	—	—	—	2	1
Herzfehler	61	23	38	—	1	1	—	27	15	17
„ angeborener . . .	1	1	—	—	—	—	—	—	1	—
Herzmuskelentartung	2	1	1	—	—	—	—	—	1	1
Herzverfettung	44	14	30	—	—	—	—	5	19	20
Herzschwäche	14	3	11	1	—	—	—	4	3	6
Herzneurosen	4	—	4	—	—	—	—	2	1	1
Arterienverkalkung	34	17	17	—	—	—	—	—	8	26
Herzleiden	18	12	6	—	—	—	—	8	6	4
Krampfadern	55	8	47	3	3	2	—	15	19	13
Gehirnschlag	26	21	5	—	—	—	—	1	12	13
Gehirnleiden	2	1	1	—	—	—	—	—	1	1
Geisteskrankheit	5	1	4	—	1	—	—	1	2	1
Dementia senilis	12	4	8	—	—	3	—	4	2	3
Geistesstörung	15	8	7	—	—	1	—	4	5	5
Gehirnerweichung	6	5	1	—	—	—	—	1	3	2
Schüttellähmung	3	3	—	—	—	—	—	—	—	3
Fraktur des Rückenmarks . .	3	2	1	—	—	—	—	3	—	—
Rückenmarkschwindsucht . .	26	21	5	—	—	—	—	6	16	4
Rückenmarklähmung	10	7	3	—	1	—	—	3	5	1
Rückenmarksklerose	7	5	2	—	—	—	—	1	5	1
Neuritis	2	—	2	—	—	—	—	1	1	—
Neuralgie	26	7	19	—	—	—	—	14	7	5
Nervenlähmung	13	6	7	—	—	1	—	4	6	2
Raynaudsche Krankheit . . .	1	—	1	—	—	—	—	1	—	—
Migräne	9	—	9	—	—	1	—	2	6	—
Fallsucht	50	29	21	6	12	8	3	15	6	—
Neurasthenie	115	27	78	—	—	2	3	43	49	8
Hysterie	1	—	1	—	—	—	—	1	—	—
Basedowsche Krankheit . . .	3	1	2	—	—	—	—	—	3	—
Erkrankung des äusseren Ohres	7	2	5	1	2	2	—	1	1	—
„ „ inneren „	3	3	—	—	—	—	—	1	1	1
„ „ mittleren „	20	8	12	2	4	8	2	2	2	—
Schwerhörigkeit	2	1	1	—	—	1	—	—	1	—
Erkrankung der Netzhaut . .	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—
Bindehautentzündung, granul.	1	1	—	—	—	1	—	—	—	—
Lähmung der Lider	1	1	—	—	—	—	1	—	—	—
Blennorrhöe	1	1	—	—	1	—	—	—	—	—

Zugang		Ausgang						
	neu	geheilt	ungeheilt	verzogen	in ein Hospital	gestorben	nicht behandelt	verblieben
4	16	8	3	1	4	—	1	3
1	34	9	4	—	13	—	5	4
12	26	16	4	4	5	—	4	5
2	15	3	3	—	3	—	8	—
50	325	234	57	10	18	—	26	30
—	1	—	—	—	1	—	—	—
1	17	6	—	—	19	—	1	1
1	2	—	1	—	—	—	2	—
14	47	9	6	5	16	1	10	14
1	—	—	—	1	—	—	—	—
1	1	—	—	—	2	—	—	—
1	43	4	21	—	5	5	3	6
1	13	4	3	—	4	8	—	—
1	3	3	—	—	1	—	—	—
7	27	3	13	2	5	2	2	7
1	17	4	3	2	6	1	2	—
8	47	22	9	—	8	—	9	7
2	24	1	4	—	14	2	3	2
—	2	—	—	—	1	—	—	1
—	5	—	2	—	3	—	—	—
1	11	3	2	—	4	1	2	—
4	11	—	3	—	8	—	1	3
2	4	—	2	—	1	1	—	2
2	1	—	—	1	—	1	—	1
—	3	—	—	—	2	—	1	—
9	17	2	2	4	8	2	1	7
3	7	1	3	—	1	—	1	4
—	7	—	1	—	2	—	2	2
—	2	—	1	—	1	—	—	—
1	25	16	—	4	—	4	—	—
2	11	1	4	1	2	—	4	1
—	1	—	—	—	1	—	—	—
1	8	7	—	1	—	—	1	—
8	42	12	10	3	12	5	5	3
13	92	30	92	7	21	—	10	8
—	1	—	—	—	1	—	—	—
1	2	1	2	—	—	—	—	—
—	7	5	1	—	1	—	—	—
—	3	1	—	—	1	—	1	—
—	20	10	—	—	8	—	—	—
—	2	—	1	—	1	—	—	—
—	1	—	—	—	—	—	1	—
—	1	—	—	—	—	—	1	—
—	1	—	—	—	—	—	1	—
—	1	—	—	—	1	—	—	—

Krankheiten	Zusammen	Geschlecht M.	Geschlecht W.	Alter 0 bis 1	1 bis 5	5 bis 15	15 bis 20	20 bis 40	40 bis 60	über 60
Erkrankung der Augenlider	8	4	4	—	—	—	1	2	1	4
Lidkrampf	6	3	3	—	—	3	—	—	3	—
Ektropien	2	—	2	—	—	1	—	—	1	—
Erkrankung der Bindehaut	2	1	1	—	1	—	—	—	1	—
„ „ Lederhaut	13	10	3	—	5	6	—	—	2	—
Erkrankung der Linse	10	8	2	—	—	—	—	—	6	4
Augenleiden, sonstige	12	8	4	1	1	—	—	4	3	3
Erkrankung d. Regenbogenhaut	8	2	6	—	—	—	—	2	2	4
Amaurosis	1	1	—	—	—	—	—	1	—	—
Kurz- und Weitsichtigkeit	21	2	19	—	—	1	—	—	10	10
Sklerom der Nase	3	—	3	1	—	2	—	—	—	—
Nasenbluten	2	—	2	—	—	—	—	—	1	1
Erkrankung der Nasenhöhlen	1	1	—	—	—	—	—	1	—	—
Kehlkopfentzündung	15	8	7	1	2	3	—	2	4	3
Stimmritzenkrampf	7	4	3	5	2	—	—	—	—	—
Luftröhrenkatarrh	33	17	16	4	9	9	—	2	6	3
Bronchitis	64	26	38	8	15	10	—	13	11	7
Bronchialkatarrh, chron.	64	16	48	—	1	11	—	3	22	27
„ ohne Angaben	297	123	174	30	65	55	—	33	52	62
Lungenentzündung, lobäre	9	4	5	—	3	2	—	3	1	—
Lungenentzündung ohne Ang.	53	21	32	11	21	11	—	1	4	5
Bronchopneumonie	48	22	26	12	15	18	—	2	1	—
Lungenkatarrh	139	77	62	2	9	13	1	59	39	16
Bluthuston	17	9	8	—	—	1	—	9	4	3
Asthma	83	37	46	—	—	3	—	3	39	38
Brustfellentzündung, eitrige	1	1	—	—	—	—	—	1	—	—
„ seröse	9	6	3	—	—	3	—	3	2	1
Brustfellentzündung ohne Ang.	10	5	5	—	—	2	—	5	3	—
Erkrankungen der Zunge	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—
Zahnkrankheiten	10	6	4	—	1	4	—	1	3	1
Mundkrankheiten	9	6	3	1	6	2	—	—	—	—
Halsentzündung	74	33	41	1	16	43	—	10	2	2
Erkrankung der Speicheldrüsen	1	—	1	—	—	—	—	1	—	—
„ „ Speiseröhre	2	1	1	—	—	—	—	—	—	2
Magengeschwür	9	2	7	—	—	—	—	4	4	1
Magenkrampf	4	1	3	—	—	1	—	2	1	—
Magenkatarrh	119	45	74	15	13	13	1	17	35	25
Darmkolik	8	2	6	—	1	5	—	1	1	—
Darmkatarrh	174	87	87	51	40	19	1	13	34	16
Diarrhöe	4	3	1	3	—	—	—	—	1	—
Kinderdurchfall	10	4	6	5	2	—	—	—	3	—
Darmblutung	2	—	2	—	—	—	—	—	—	2
Blinddarmentzündung	16	4	12	—	—	6	—	6	4	—
Ileus	3	—	3	—	—	—	—	1	2	—
Mastdarmvorfall	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—

Zugang		Ausgang						
	neu	geheilt	un-geheilt	verzogen	in ein Hospital	ge-storben	nicht be-handelt	ver-blieben
—	8	—	4	—	2	—	2	—
	6	3	1	—	1	—	1	—
—	2	1	—	—	1	—	—	—
—	2	1	—	—	1	—	—	—
—	13	4	—	—	6	—	3	—
1	9	—	3	1	4	—	2	—
—	12	5	3	—	2	—	2	—
2	6	2	—	—	1	—	4	1
—	1	—	—	—	—	—	1	—
—	21	7	5	—	—	—	9	—
—	3	2	—	—	—	—	1	—
—	2	2	—	—	—	—	—	—
1	—	—	1	—	—	—	—	—
—	15	10	2	—	1	1	—	1
—	7	2	—	—	3	1	—	1
3	30	30	—	—	2	1	—	—
4	60	45	2	2	13	1	1	—
11	53	20	17	1	7	2	4	13
25	272	217	13	5	38	1	6	17
1	8	2	2	—	5	—	—	—
—	58	26	—	—	19	5	2	1
—	48	26	—	—	20	1	1	—
7	132	26	40	7	38	3	15	10
—	7	4	4	—	9	—	—	—
19	64	6	25	5	21	4	10	12
1	—	—	—	—	—	—	—	—
—	9	2	—	—	5	—	2	—
1	9	2	1	—	5	1	1	—
—	1	—	—	—	1	—	—	—
—	10	10	—	—	—	—	—	—
—	9	7	—	—	2	—	—	—
2	72	68	—	—	5	—	—	1
—	1	1	—	—	—	—	—	—
—	2	—	—	—	2	—	—	—
2	7	1	1	—	6	—	—	1
—	4	3	—	—	1	—	—	—
6	113	78	15	4	13	2	2	5
—	8	6	—	—	1	—	—	1
5	169	96	1	1	65	3	5	3
—	4	3	—	—	1	—	—	—
—	10	7	—	—	2	1	—	—
—	2	2	—	—	—	—	—	—
1	15	6	—	—	9	1	—	—
1	2	1	—	—	2	—	—	—
—	1	—	—	—	1	—	—	—

Krankheiten	Zusammen	Geschlecht		Alter						
		M.	W.	0 bis 1	1 bis 5	5 bis 15	15 bis 20	20 bis 40	40 bis 60	über 60
Mastdarmentzündung	2	2	—	—	—	—	—	1	1	—
Mastdarmfistel	3	3	—	—	—	—	—	2	—	1
Darmfistel	3	—	3	—	—	—	—	1	—	2
Unterleibsbruch	16	8	8	3	1	1	—	3	4	4
Bruch, eingeklemmter	6	3	3	—	—	—	—	1	1	4
„ nichteingeklemmter	14	8	6	2	1	2	—	1	5	3
Bruch, ohne Bezeichnung	21	15	6	3	2	4	—	7	5	—
Bauchfellentzündung	4	—	4	—	—	—	—	4	—	—
Leberatrophie	3	1	2	—	—	—	—	2	1	—
Gelbsucht	3	1	2	—	—	—	—	1	2	—
Leberleiden	2	2	—	—	—	—	—	1	1	—
Gallensteine	21	1	20	—	—	—	—	10	6	5
Nierenentzündung	23	5	18	—	1	3	—	9	7	3
Nierensteine	2	2	—	—	—	—	—	1	1	—
Wanderniere	7	1	6	—	—	—	—	3	3	1
Lähmung der Harnorgane	27	12	15	—	—	2	—	9	6	10
Eicheltripper	6	6	—	1	1	1	—	—	3	—
Hodenentzündung	5	5	—	—	—	—	—	5	—	—
Erkrankung der Prostata	1	—	1	—	—	—	—	—	—	1
„ „ Vulva	2	1	1	—	1	1	—	—	—	—
„ „ Scheide	8	—	8	—	2	2	—	4	—	—
Vorfall der Scheide	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—
Menstruationsbeschwerden	31	—	31	—	—	—	—	19	10	—
Beschwerden der Wechseljahre	4	—	4	—	—	—	—	—	4	—
Gebärmutterleiden	34	—	34	—	—	—	1	24	8	1
Gebärmutterblutung	17	—	17	—	—	—	—	8	9	—
Lageveränderung d. Gebärmutter	10	—	10	—	—	—	—	3	5	2
Eierstockentzündung	5	—	5	—	—	—	—	4	1	—
Schwangerschaft	36	—	36	—	—	—	1	33	2	—
Blutungen i. d. Schwangerschaft	9	—	9	—	—	—	—	7	2	—
Metrorrhagia	23	—	23	—	—	—	—	20	3	—
Abortus	13	—	13	—	—	—	—	10	3	—
Erkrankungen der Brüste	6	—	6	—	—	—	—	6	—	—
Andere sowie nicht angegebene und unbekannte Krankheiten	39	23	16	7	3	3	—	10	8	8
Nicht krank gewesen	58	21	37	3	6	13	—	22	14	—
	5139	1907	3232	270	641	742	71	1237	1273	905

Zugang		Ausgang						
	neu	geheilt	ungeheilt	verzogen	in ein Hospital	gestorben	nicht behandelt	verblieben
—	2	—	—	—	2	—	—	—
—	3	—	—	—	2	—	—	1
1	2	—	—	—	—	—	2	1
1	15	6	3	—	3	—	4	—
—	6	1	1	—	3	—	1	—
—	14	1	7	—	2	—	4	—
—	21	4	7	1	3	—	6	—
1	3	1	—	—	2	—	—	1
—	3	—	—	—	3	—	—	—
—	3	1	—	—	1	—	1	—
—	2	—	—	—	1	—	1	—
—	21	10	1	—	5	—	4	1
2	21	5	5	1	8	1	1	2
—	2	1	1	—	—	—	—	—
1	6	3	1	—	1	—	1	1
2	25	11	2	—	11	—	—	2
—	6	3	1	—	2	—	—	—
1	4	3	—	—	2	—	—	—
—	1	—	—	—	1	—	—	—
—	2	—	1	—	1	—	—	—
—	8	6	1	—	—	—	1	—
—	1	—	—	—	—	—	1	—
2	29	24	—	1	4	—	2	—
—	4	—	—	1	—	—	2	—
1	33	14	5	1	12	—	2	—
1	16	11	—	—	6	—	—	—
1	9	2	2	—	2	2	2	—
1	8	5	—	—	2	—	2	—
2	34	11	6	1	2	—	16	—
1	8	5	—	—	2	—	2	—
—	23	12	7	—	2	—	2	—
—	13	7	—	—	6	—	—	—
—	6	3	—	—	3	—	—	—
4	35	19	2	1	11	1	5	—
5	53	—	—	—	—	1	58	—
501	4638	2082	713	143	1290	131	464	316

Uebersicht der Kranken nach Krankheiten.

Ordn.-No.	Krankheiten	Zusammen	Geschlecht M.	Geschlecht W.	Alter 0 bis 1	1 bis 5	5 bis 15	15 bis 20	20 bis 40	40 bis 60	über 60
1a	Masern	63	27	36	9	44	10	—	—	—	—
1b	Röteln	2	2	—	—	1	1	—	—	—	—
2a	Scharlach	28	14	14	1	9	17	1	—	—	—
5	Windpocken	17	6	11	4	8	3	—	1	1	—
6	Rose	14	5	9	—	—	1	—	3	5	5
7	Diphtherie	24	10	14	4	7	12	—	1	—	—
8	Keuchhusten	95	50	45	27	56	12	—	—	—	—
9	Influenza	152	47	105	8	9	29	1	42	33	30
11	Kindbettfieber	13	—	13	—	—	—	—	13	—	—
13	Typhus	1	1	—	—	1	—	—	—	—	—
14	Fleckfieber	2	—	2	—	—	1	—	—	—	1
19	Mumps	1	—	1	—	—	1	—	—	—	—
21	Wechselfieber	1	1	—	—	—	—	—	1	—	—
22	Gelenkrheumatism., ak.	24	13	11	—	—	3	—	8	10	3
23	Syphilis	19	6	13	—	—	—	2	13	4	—
	„ primäre	1	1	—	—	—	—	—	1	—	—
	„ sekundäre	8	4	4	—	—	1	3	4	—	—
	„ tertiäre	3	—	3	—	—	—	—	—	3	—
	„ angeborene	7	4	3	7	—	—	—	—	—	—
	Gonorrhöe	24	16	8	2	3	—	4	15	—	—
	Bubonen	5	5	—	—	—	—	1	4	—	—
	Nebenhodenentz., gon.	1	1	—	—	—	—	—	1	—	—
25a	Lungentuberkulose	286	146	140	6	3	11	10	166	74	16
25b	Kehlkopftuberkulose	5	4	1	—	—	1	—	2	2	—
25c	Gesichtstuberkulose	7	1	6	—	—	3	—	3	1	—
25d	Skrofeln	43	24	19	8	17	18	—	—	—	—
25f	Knochengelenktuberk.	15	4	11	—	3	4	—	1	5	2
25g	Hirnhautentzdg., tub.	2	1	1	—	1	1	—	—	—	—
25i	Darmtuberkulose	2	—	2	1	—	—	—	1	—	—
25m	Tuberkulose der männl. Geschlechtsorgane	2	2	—	—	—	—	—	—	2	—
25o	Tuberkulose, allgem.	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—
30c	Spulwurm	6	1	5	—	1	1	—	—	4	—
31a	Krätze	56	36	20	1	11	19	5	16	4	—
31b	Läuse	6	2	4	—	—	4	—	2	—	—
32	Fadenpilzkrankheit	1	—	1	—	—	1	—	—	—	—
34a	Vergiftung durch org. Gifte	7	5	2	—	—	—	1	2	4	—
36b	Trunksucht	2	2	—	—	—	—	—	1	1	—
36c	Delirium tremens	3	3	—	—	—	—	—	—	1	2
37a	Quetschung u. Zerreissg.	42	22	20	—	4	7	—	14	12	5
37b	Knochenbrüche	39	18	21	5	6	4	1	6	11	6
37c	Verstauchungen	8	7	1	—	—	—	—	4	3	1
37d	Verrenkg. d. ob. Glieder	5	—	5	—	—	—	—	1	3	1

Geschlecht, Alter, Zugang und Ausgang.

Zugang		Ausgang						
	neu	geheilt	ungeheilt	verzogen	in ein Hospital	gestorben	nicht behandelt	verblieben
—	63	45	2	—	10	2	—	4
—	2	2	—	—	—	—	—	—
—	28	5	—	—	17	—	-	6
1	16	10	1	—	1	—	—	5
—	14	5	—	—	9	—	—	—
—	24	9	—	—	11	1	1	2
2	93	35	3	1	40	2	—	14
9	143	92	3	—	22	1	1	33
—	13	5	—	—	1	—	5	2
—	1	—	—	—	1	—	—	—
—	2	1	—	—	1	—	—	—
—	1	—	—	—	—	—	—	1
—	1	—	—	—	1	—	—	—
5	19	10	—	—	9	—	1	4
1	18	1	3	—	12	—	1	2
—	1	—	—	—	1	—	—	—
—	8	—	—	—	7	—	1	—
2	1	—	—	1	1	—	—	1
—	7	—	—	—	6	—	—	1
—	24	1	—	—	1	—	—	2
—	5	—	—	—	5	—	—	—
—	1	—	—	—	21	—	—	—
25	261	17	37	3	125	23	43	38
—	5	—	1	—	2	—	2	—
—	7	1	1	—	4	—	—	1
1	42	15	4	1	16	—	4	3
—	15	2	5	—	4	1	1	2
—	2	—	—	—	1	—	1	—
—	2	—	—	—	2	—	—	—
—	2	—	—	—	2	—	—	—
—	1	—	—	—	—	—	—	1
—	6	5	1	—	—	—	—	—
—	56	10	—	1	45	—	—	—
—	6	1	—	—	5	—	—	—
—	1	1	—	—	—	—	—	—
2	5	—	2	3	—	—	—	2
—	2	1	—	—	1	—	—	—
—	3	—	—	—	2	—	—	1
1	41	27	—	—	6	—	7	2
1	38	12	1	1	14	—	5	6
—	8	5	—	—	1	1	1	—
1	4	—	—	—	—	—	2	3

Ordn.-No.	Krankheiten	Zusammen	Geschlecht M.	Geschlecht W.	Alter 0 bis 1	1 bis 5	5 bis 15	15 bis 20	20 bis 40	40 bis 60	über 60
37 e	Verletzung durch Hie und Stich	4	2	2	—	—	—	—	1	3	—
37 f	Brandwunden	11	4	7	—	3	2	—	3	3	—
37 g	Erfrieren	8	5	3	—	1	3	—	—	2	2
37 h	Gehirnerschütterung .	4	3	1	—	1	2	—	1	—	—
37 q	Fremdkörper, Verl. .	2	1	1	—	—	—	—	1	1	—
37 r	Verletzungen, sonstige	41	23	18	—	10	8	1	13	9	—
37 t	Amputation bezw. deren Folgen . . .	14	6	8	—	1	2	5	4	1	1
38	Lebensschwäche, angeb.	4	4	—	4	—	—	—	—	—	—
39	Bildungsfehler . . .	2	1	1	—	—	—	—	2	—	—
40	Zahnen	5	1	4	2	3	—	—	—	—	—
41	Rachitis	129	63	66	30	88	10	1	—	—	—
42	Osteomalazia	5	—	5	—	—	1	—	4	—	—
43	Atrophia infant. . .	16	10	6	16	—	—	—	—	—	—
44	Erschöpfung	73	23	50	7	3	1		15	11	36
45	Altersschwäche . . .	102	29	73	—	—	—	—	—	14	88
46	Brand	1	1	—	—	—	—	—	1	—	—
48	Kretinismus	1	1	—	—	1	—	—	—	—	—
49	Zuckerkrankheit . . .	15	11	4	—	—	—	—	—	10	5
51	Gicht	10	3	7	—	—	—	—	1	4	5
53	Fettsucht	4	—	4	—	—	—	—	—	4	—
56 a	Neubildungen, bösartige	59	8	51	—	—	—	—	10	31	18
56 c	Geschwülste, sonstige .	2	—	2	—	—	—	—	—	1	1
57 a	Eckzem	109	45	64	19	33	40	1	4	6	6
57 b	Schuppenflechte . . .	10	7	3	—	1	3	—	5	1	—
57 c	Nesselausschlag . . .	3	—	3	—	—	2	—	1	—	—
57 f	Gürtelrose	3	2	1	—	—	2	—	1	—	—
57 h	Hautkrankh., sonstige	69	37	32	16	25	13	—	5	8	2
58	Furunculosis	13	6	7	2	—	6	1	3	1	—
59 a	Abszess	40	17	23	5	4	6	—	6	11	8
59 b	Fingergeschwür, infekt.	9	2	7	—	1	3	—	1	4	—
59 c	Nagel, eingewachsener	1	1	—	—	—	1	—	—	—	—
61 a	Nabeleiterung . .	1	1	—	1	—	—	—	—	—	—
62	Ulcus cruris . . .	86	16	70	1	3	1	—	17	42	22
65	Muskelrheumatismus .	245	84	161	—	1	5	—	61	107	71
66	Muskelatrophie . . .	7	7	—	—	—	—	—	5	2	—
67 a	Sehnenscheidenentzünd.	4	2	2	—	—	1	—	1	1	1
68 b	Knochenentzündung .	16	5	11	—	1	4	—	3	3	5
70 a	Gelenkverletzung . .	4	2	2	—	—	1	—	3	—	—
70 b	Gelenkentzündung .	32	14	18	1	1	4	—	8	12	6
71 a	Gelenkrheumatis., chr.	116	28	88	—	—	—	—	15	56	45
71 b	Gelenkentzünd., deform.	17	12	5	—	2	2	—	11	2	—
72 a	Wirbelverkrümmung .	9	1	8	—	—	—	—	2	4	3
72 b	Plattfuss	9	1	8	—	1	6	1	—	—	—

Zugang		Ausgang						
	neu	geheilt	ungeheilt	verzogen	in ein Hospital	gestorben	nicht behandelt	verblieben
—	4	2	—	1	1	—	—	—
—	11	8	—	—	—	—	—	3
—	8	4	1	—	2	1	—	—
—	4	3	—	—	—	—	1	—
—	2	2	—	—	—	—	—	—
1	40	22	—	—	7	1	6	5
—	14	—	2	—	4	—	5	3
—	4	—	—	—	—	3	—	1
—	2	—	—	—	—	—	1	1
1	4	3	—	—	—	—	—	2
10	119	22	21	2	31	—	14	39
—	5	1	—	—	1	—	1	2
2	14	2	—	2	7	2	1	2
7	66	6	12	3	13	3	14	22
14	88	5	36	2	21	5	13	20
—	1	—	—	—	1	—	—	—
—	1	—	—	—	—	—	—	1
3	12	2	5	—	5	—	2	1
3	7	3	3	1	—	—	3	—
—	4	—	1	—	—	—	2	1
4	55	—	3	—	39	5	5	7
—	2	—	—	—	1	—	—	1
3	106	36	5	—	49	—	14	5
1	9	1	—	—	9	—	—	—
—	3	3	—	—	—	—	—	—
—	3	3	—	—	—	—	—	—
—	69	30	1	2	32	—	4	—
1	12	8	—	—	3	—	2	—
1	39	14	5	—	16	—	5	—
—	9	5	—	—	3	—	1	—
—	1	1	—	—	—	—	—	—
—	1	1	—	—	—	—	—	—
13	73	25	8	3	19	1	18	12
19	226	110	14	5	86	2	11	17
—	7	2	2	—	1	—	2	—
—	4	2	1	—	—	—	1	—
3	13	—	1	—	10	—	4	—
—	4	—	—	—	—	—	3	1
2	30	5	6	—	14	—	5	2
22	94	24	25	6	9	—	30	12
—	17	4	2	1	3	—	4	3
2	7	—	4	—	—	—	4	1
1	8	—	3	—	2	—	4	—

Ordn.-No.	Krankheiten	Zusammen	Geschlecht M.	Geschlecht W.	Alter 0 bis 1	1 bis 5	5 bis 15	15 bis 20	20 bis 40	40 bis 60	über 60
73 a	Anämie	388	57	331	8	25	117	9	141	70	18
73 e	Simphom	6	4	2	—	—	4	1	1	—	—
76	Drüsenentzündung . .	24	7	17	3	4	9	3	4	1	–
77	Milzschwellung . . .	1	—	1	—	—	—	—	—	—	1
81 a	Herzfehler	60	16	44	—	—	2	2	24	21	11
82 a	Herzmuskelentartung .	60	22	38	—	—	1	—	10	27	22
82 b	Herzverfettung . . .	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—
84	Herzschwäche	6	3	3	2	2	—	—	—	1	1
85	Herzneurose	10	2	8	—	—	1	1	6	1	1
86	Herzleiden, o. A. . .	12	7	5	—	—	—	—	1	9	2
87	Arterienverkalkung .	47	14	33	—	—	—	—	—	10	37
88	Krampfadern	41	5	36	—	—	3	—	4	25	9
92	Gehirnschlag	43	19	24	—	—	2	—	1	20	20
95	Gehirnleiden	4	2	2	1	—	1	1	—	1	—
96 c	Dementia sen. . . .	33	9	24	—	1	6	—	7	12	7
96 b	Gehirnerweichung . .	4	3	1	—	—	—	—	—	4	—
96 f	Geisteskrankh. o. A. .	20	6	14	—	—	—	1	10	9	—
97	Schüttellähmung . .	2	1	1	—	—	—	—	—	1	1
100	Rückenmarkschwinds. .	20	15	5	—	—	—	—	7	13	—
103	Rückenmarklähmung .	13	11	2	—	2	1	1	3	4	2
104	Rückenmarksklerose .	5	2	3	—	—	—	—	1	4	—
105	Neuritis	2	1	1	—	—	—	—	—	2	—
106	Neuralgie	31	7	24	—	—	—	—	10	11	10
107	Nervenlähmung . . .	7	5	2	—	—	—	—	3	3	1
109	Migräne	12	2	10	—	—	1	—	5	6	—
110 a	Fallsucht	49	28	21	10	3	13	2	12	7	2
90	Wasserkopf	1	1	—	1	—	—	—	—	—	—
91 a	Gehirnentzündung . .	3	3	—	—	2	1	—	—	—	—
111 a	Neurasthenie . . .	51	8	43	—	—	1	—	15	30	5
111 b	Hysterie	8	2	6	—	—	1	1	4	2	—
111 e	Nervenkrankh. o. A. .	38	19	19	—	—	2	—	21	11	4
113 a	Erkrank. des äuss. Ohres	3	1	2	—	1	—	—	—	1	1
113 b	„ „ mittl. „	21	7	14	4	6	7	—	2	1	1
113 c	„ „ inn. „	2	1	1	—	—	1	—	—	—	1
113 d	Schwerhörigkeit . . .	1	—	1	—	—	—	—	1	—	—
114 a	Erkrankung d. Augenl.	6	2	4	1	2	2	—	—	1	—
114 c	„ „ Bindeh.	21	8	13	2	11	3	—	1	—	4
114 d	„ „ Lederh.	22	10	12	1	1	11	1	6	2	—
114 e	„ „ Regbh..	6	4	2	—	1	1	—	1	3	—
114 f	„ „ Linse	7	2	5	—	—	—	—	2	3	2
114 k	„ „ Netzh.	2	—	2	—	—	—	1	—	1	—
114 m	Kurz- u. Weitsichtigk.	17	6	11	—	—	4	—	4	5	4
114 p	Augenleiden, sonstige .	21	4	17	3	2	6	—	2	—	8
115 a	Nasenkatarrh . . .	4	3	1	—	2	2	—	—	—	—
115 d	Nasenbluten	7	5	2	—	—	5	—	—	—	2
115 h	Schnupffieber	1	—	1	1	—	—	—	—	—	—

Zugang		Ausgang						
	neu	geheilt	ungeheilt	verzogen	in ein Hospital	gestorben	nicht behandelt	verblieben
32	256	162	56	15	33	1	54	69
—	6	1	—	—	4	—	—	1
—	24	7	2	1	10	—	1	3
—	1	—	—	—	1	—	—	—
12	48	8	10	1	30	4	7	5
7	53	8	22	1	18	5	4	2
—	1	—	1	—	—	—	—	—
—	6	—	—	—	1	4	1	—
—	10	6	—	—	—	—	3	1
—	12	—	3	—	6	—	1	2
7	40	11	16	2	9	—	7	2
5	36	21	6	—	4	—	5	5
3	40	9	5	1	20	2	6	—
—	4	—	—	—	3	—	—	1
1	32	1	7	1	16	—	6	2
1	8	—	—	1	2	1	—	—
1	19	2	5	2	8	—	1	2
1	1	—	—	—	—	—	—	2
—	20	1	4	2	7	—	5	1
4	9	2	2	1	3	—	3	2
—	5	—	1	—	1	—	—	3
—	2	1	—	—	—	—	—	1
2	29	21	3	—	2	1	1	1
2	5	—	3	1	—	—	3	—
1	11	9	1	1	—	—	—	1
5	44	21	8	3	11	1	5	—
—	1	—	—	—	1	—	—	—
—	3	—	—	—	2	1	—	—
3	48	22	15	1	2	1	6	4
2	6	—	3	—	1	—	2	2
5	33	14	3	—	11	1	1	8
—	3	3	—	—	—	—	—	—
—	21	12	—	—	7	—	1	1
—	2	2	—	—	—	—	—	—
—	1	—	—	—	—	—	1	—
—	6	4	1	—	1	—	—	—
—	21	9	1	—	8	—	1	2
—	22	2	—	—	15	—	4	1
—	6	1	—	—	1	—	4	—
2	5	3	—	—	1	—	2	1
—	2	—	1	—	—	—	1	—
1	16	9	5	—	—	—	1	2
—	21	4	—	1	9	1	5	1
—	4	2	—	1	1	—	—	—
—	7	7	—	—	—	—	—	—
—	1	1	—	—	—	—	—	—

Ordn.-No.	Krankheiten	Zusammen	Geschlecht		Alter						
			M.	W.	0 bis 1	1 bis 5	5 bis 15	15 bis 20	20 bis 40	40 bis 60	über 60
115 i	Nasenleiden o. A. . .	1	1	—	—	—	—	—	—	1	—
116	Kehlkopfentzündung .	12	5	7	3	1	1	—	2	2	3
115 g	Erkrankung d. Nasenh.	2	—	2	—	—	—	—	1	1	—
117 b	Stimmritzenkrampf .	9	6	3	7	2	—	—	—	—	—
119	Luftröhrenkatarrh . .	38	17	21	11	8	5	—	5	4	5
120	Bronchitis	324	117	207	71	57	46	6	32	58	54
121 a	Bronchialkatarrh, chr.	87	31	56	3	3	13	5	18	19	26
	Bronchialkatarrh o. n. A.	106	49	57	16	25	12	3	14	15	21
122 b	Bronchopneumonie . .	46	24	22	17	13	11	—	1	3	1
122 d	Lungenentzündung o. A.	84	41	43	23	28	17	1	2	4	9
124	Lungenkatarrh . . .	95	51	44	8	4	4	1	38	26	14
125	Bluthusten	31	17	14	—	1	3	—	13	11	3
126	Asthma	101	48	53	—	—	5	—	6	48	42
129	Brustfellentzündung .	23	8	15	—	—	4	—	7	8	4
130 a	Mundkrankheiten . .	3	1	2	—	1	2	—	—	—	—
130 b	Zahnkrankheiten . .	[illegible]	2	6	—	2	3	1	—	1	1
131	Halsentzündung . . .	81	33	48	1	14	51	1	8	5	1
133	Erkrank. d. Speiseröhre	1	1	—	—	—	—	—	—	1	—
134 a	Magenkatarrh	110	41	69	10	14	9	2	17	35	23
134 c	Magengeschwür . .	5	1	4	—	—	—	—	2	2	1
135 a	Darmkatarrh	223	98	125	98	34	22	—	20	29	20
135 b	Darmkolik	9	2	7	—	1	3	—	4	—	1
135 c	Diarrhöe, einschl. Brechdurchfall	11	6	5	10	1	—	—	—	—	—
135 d	Darmverstopfung . .	15	7	8	5	—	2	—	—	7	1
137	Blinddarmentzündung	4	—	4	—	—	1	—	2	1	—
140 b	Mastdarmvorfall . .	2	2	—	—	1	—	—	—	1	—
140 c	Mastdarmfistel . . .	2	2	—	—	—	—	—	—	2	—
141	Darmfistel	3	—	3	—	—	—	—	—	2	1
142 a	Brüche, eingeklemmte	2	—	2	—	—	—	—	—	1	1
142 b	Brüche, nichteingekl. .	7	1	6	—	—	—	—	—	5	2
142 c	Brüche o. n. A. . .	47	27	20	5	2	5	—	7	14	14
143	Bauchfellentzündung .	4	—	4	—	—	1	—	3	—	—
144 c	Leberatrophie	1	1	—	—	—	—	—	1	—	—
145	Gelbsucht	7	3	4	—	—	—	—	4	1	2
146	Leberleiden, o. A. . .	4	2	2	—	—	—	—	1	1	2
147	Gallensteine	10	—	10	—	—	—	—	6	3	1
149	Nierenentzündung .	35	14	21	—	—	6	—	11	11	7
150 a	Nierenbeckenentzündg.	1	—	1	—	—	—	—	1	—	—
151	Nierensteine	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—
152	Wanderniere	2	—	2	—	—	—	—	2	—	—
154	Harnorgeentzündung .	20	8	12	—	2	—	—	7	4	7
155	Eicheltripper . . .	2	2	—	1	—	1	—	—	—	—
158	Hodenentzündung . .	4	4	—	—	—	—	1	1	2	—
161	Erkrankung d. Prostata	1	1	—	—	—	—	—	—	—	1

Zugang		Ausgang						
	neu	geheilt	ungeheilt	verzogen	in ein Hospital	gestorben	nicht behandelt	verblieben
—	1	—	—	—	—	1	—	—
1	11	4	1	—	3	—	2	2
—	2	—	1	—	—	—	—	1
—	9	2	—	—	4	2	—	1
3	35	18	—	—	8	—	6	6
10	314	212	29	4	51	2	11	15
8	79	39	9	4	17	—	13	5
3	103	61	7	—	29	1	1	7
1	45	21	1	2	15	5	1	1
5	79	31	—	—	33	11	—	9
8	87	30	11	2	37	3	4	8
—	31	14	1	1	13	—	1	1
16	85	32	15	4	21	1	16	12
1	22	9	3	—	7	—	3	1
—	3	1	—	—	2	—	—	—
1	7	7	—	—	—	—	—	1
—	81	62	1	—	7	—	1	10
—	1	—	—	—	—	1	—	—
6	104	70	6	2	16	2	4	10
2	3	—	1	—	—	—	1	3
7	216	86	3	2	99	6	7	20
1	8	8	—	—	—	—	—	1
—	11	2	—	—	6	1	—	2
—	15	9	—	1	1	—	—	4
—	4	2	1	—	1	—	—	—
—	2	1	—	—	—	—	—	1
—	2	1	—	—	1	—	—	—
1	2	—	—	2	—	—	1	—
—	2	—	—	—	2	—	—	—
—	7	2	3	—	—	—	—	2
—	47	7	10	1	9	—	15	5
—	4	1	—	—	1	—	1	1
—	1	—	—	—	1	—	—	—
1	6	4	—	—	2	—	—	1
—	4	—	—	—	1	—	—	3
2	8	3	—	—	6	—	—	1
5	30	7	4	3	17	1	3	—
—	1	—	—	—	1	—	—	—
—	1	—	—	—	—	—	1	—
—	2	—	1	—	—	—	1	—
3	17	9	1	1	6	—	2	1
—	2	1	—	—	—	—	—	1
—	4	2	—	—	2	—	—	—
—	1	—	—	—	1	—	—	—

Ordn.-No.	Krankheiten	Zusammen	Geschlecht		Alter						
			M.	W.	0 bis 1	1 bis 5	5 bis 15	15 bis 20	20 bis 40	40 bis 60	über 60
162 b	Scheidenkatarrh . . .	15	—	15	—	5	5	-	4	1	–
162 c	Scheidenfistel . . .	1	—	1	—	—	—	—	1	—	—
162 d	Scheidenvorfall . .	7	—	7	—	—	—	—	1	4	2
163	Menstruationsbeschw. .	28	—	28	—	—	1	—	22	5	—
164	Wechseljahrebeschwerd.	6	—	6	—	—	—	—	—	6	—
165	Gebärmutterleiden . .	12	—	12	–	–	—	—	7	4	1
166	Gebärmutterblutung .	19	—	19	—	—	—	—	12	7	—
167	Gebärmutterlageveränderung	16	—	16	—	—	—	—	10	6	—
168	Eierstockentzündung .	6	—	6	—	—	—	—	5	1	—
170	Schwangerschaft . .	22	—	22	—	—	—	1	20	1	—
171 a	Bauchschwangerschaft	7	—	7	—	—	—	—	6	1	—
171 b	Blutungen in der Schwangerschaft .	29	—	29	—	—	—	2	25	2	—
172	Metrorrhagia	16	—	16	—	—	—	—	14	2	—
174	Abortus	12	—	12	—	—	—	—	11	1	—
175	Erkrankung d. Brüste .	6	—	6	—	—	—	—	5	1	—
176	Andere sowie nichtangegebene und unbekannte Krankheit.	101	34	67	10	9	10	2	37	20	13
	Nicht krank gewesen .	51	24	27	6	6	10	2	16	10	1
		5439	2036	3403	529	667	755	91	1276	1262	859

Zugang		Ausgang						
	neu	geheilt	un-geheilt	verzogen	in ein Hospital	ge-storben	nicht be-handelt	ver-blieben
—	15	4	—	—	10	—	—	1
—	1	—	—	—	—	—	1	—
—	7	—	3	—	—	—	4	—
—	28	14	1	2	7	1	2	1
1	5	4	1	—	—	—	—	1
—	12	5	—	1	—	2	3	1
1	18	8	1	—	9	—	1	—
—	16	4	3	1	5	—	2	1
—	6	1	1	—	4	—	—	—
1	21	8	6	—	—	3	5	—
1	6	2	—	—	3	—	—	2
—	29	3	1	1	9	1	14	—
1	15	10	2	—	2	—	2	—
—	12	5	—	—	4	—	3	—
—	6	2	—	—	2	—	2	—
5	96	56	8	3	24	2	6	2
—	51	51	—	—	—	—	—	—
384	5055	1993	557	111	1544	124	538	572

Mitteilungen des Kreisarztes Dr. E. Fromm.

I. Aerzte.

Zu Beginn des Jahres waren 393 Aerzte anwesend; von diesen starben 4 und 18 verzogen, während 48 hinzukamen, so dass am Schlusse des Jahres 419 Aerzte anwesend waren. Unter ihnen befanden sich 6 Aerztinnen, 3 davon als Assistentinnen, und 48 Assistenzärzte. Nach Abzug der 6 nicht mehr praktizierenden, verblieben 413 Aerzte, die die Praxis ausüben. Es kommen somit auf einen Arzt 823 Einwohner oder auf 1000 Einwohner 1,25 Proz. Aerzte.

II. Infektionskrankheiten.

	Cholera	Pocken	Flecktyphus	Unterleibstyph	Masern	Scharlach	Diphtherie	Kindbettfieber	Genickstarre	Lungentuberkulose	Influenza	Keuchhusten
Krankheitsfälle . . .	—	—	—	48	—	766	519	19	—	—	—	—
Todesfälle .	—	—	—	7	56	12	41	1	—	698	42	52

Influenza.

Es kamen 42 Todesfälle gegenüber 8 im Vorjahre vor; sie verteilen sich auf Alter und Monate wie nachstehende Tabelle ergiebt:

Influenza.

Alter	Jan.		Febr.		März		April		Mai		Juni		Juli		Aug.		Sept.		Okt.		Nov.		Dez.		Summe	
	E.	T.	E.	T.	E.	T.	E.	T.	E.	T.	E.	T.	E.	T.	E.	T.	E.	T.	E.	T.	E.	T.	E.	T.	E.	T.
unter 1 Jahr	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3
1—5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
6—15	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
16—20	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
21—30	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
üb. 30		7		11	—	8		7	—	1	—	1	—	2	—		—	—	—	—	—	1	—	1	—	39
	—	7	—	12	—	9	—	8	—	1	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	42

Typhus.

Die Zahl der gemeldeten Typhusfälle betrug 61, davon erwiesen sich 13 im weiteren Verlauf als andere Erkrankungen wie Darmkatarrh, Miliartuberkulose, Lungenentzündung usw., so dass 48 eigentliche Typhusfälle verblieben. Ein Drittel sämtlicher Fälle (16) waren, wie die bakteriologische Untersuchung ergab, Paratyphus. Von den 48 Erkrankten verstarben 7, entsprechend einer Sterblichkeit von 6,9 Proz., so dass gegen der Sterblichkeit von 23 Proz. des Vorjahres, ein erheblich günstigerer Verlauf zu beobachten war.

In 8 Fällen liess sich mit Sicherheit die Infektionsquelle nach auswärts verlegen, vielfach brachten Sommerfrischler und Ferienreisende den Typhus mit, aber auch Geschäftsreisende, die ausserhalb die Keime in sich aufgenommen hatten, kamen hier zur Behandlung. In 4 Fällen liess sich der Genuss von infizierter Milch, die von einem grösseren Gute stammte, als Ursache feststellen. Nachdem die Nachforschungen am Orte selbst keine frischen Erkrankungen feststellen konnten, wurden sämtliche Arbeiter des Gutes auf Bazillenträger untersucht und hierbei gefunden, dass ein Schweizer Bazillen beherbergte, ohne dass er anzugeben vermochte, wann er den Typhus gehabt hatte. Mit seiner Entfernung aus der Milchwirtschaft hörten die Erkrankungen in Frankfurt auf. Der Schweizer hielt sich einige Monate in einer Klinik auf, bis die Bazillen verschwunden waren und wurde dann zunächst von dem Milchhofe ferngehalten. Plötzlich traten im Frühjahr wiederum 4 Fälle in Frankfurt von Typhus auf bei Personen, die Milch von dem betr. Gute genossen hatten, und es liess sich in Erfahrung bringen, dass der Schweizer wieder in der Milchwirtschaft tätig war und dass er auch wieder Bazillen ausschied. Dem Gute wurde nahegelegt, den gefährlichen Bazillenträger gänzlich aus dem Geschäfte zu entfernen, falls nicht die Milcheinfuhr nach Frankfurt erheblichen Schwierigkeiten begegnen sollte, welcher Aufforderung Folge geleistet wurde.

Von den weiteren Erkrankungen sind zu erwähnen 2 Dienstmädchen, die sich bei ihrer erkrankten Herrschaft angesteckt hatten, trotzdem nach Ansicht der behandelnden Aerzte die Absonderung und Desinfektionsmassnahmen so gut waren, dass die Ueberführung in ein Krankenhaus nicht nötig war. Ferner 3 Matrosen, die Rhein- oder Mainwasser getrunken hatten.

Von den an Paratyphus Erkrankten liess sich in 4 Fällen als Ursache der Genuss von Gänseleber nachweisen, auch konnte man bakteriologisch in der Gänseleber Paratyphusbazillen vorfinden. Es erkrankten ferner in einer Familie 4 Personen infolge Genuss von Wurst. Von Interesse ist es, dass 5 der an Paratyphus Erkrankten vagabundierende Personen waren, die sich auf der Wanderschaft befanden.

Von den Erkrankten waren 28 männlich und 20 weiblich; unter den weiblichen fällt besonders die grosse Anzahl der Dienstmädchen (6) auf, die wahrscheinlich durch den Genuss roher Milch ihre Krankheit erworben hatten.

Alter	Jan.		Febr.		März		April		Mai		Juni		Juli		August		Sept.		Okt.		Nov.		Dez.		Summe	
	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben
unter 5 J.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
5—10	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	3	—	—	—	—	—	—	—	5	—
10—15	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	3	—
15—20	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—	2	—	2	1	—	—	—	1	—	1	9	3
20—30	1	—	1	—	1	—	1	—	—	—	1	1	3	—	—	—	3	—	—	—	3	—	3	—	17	1
30—40	—	1	—	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	1	—	1	—	2	—	—	—	1	—	8	1
40—50	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—	1	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	4	1
50—60	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—		—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	2	1
über 60	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Summe	3	1	1	—	2	1	3	—	2	1	3	1	8	—	4	—	10	1	3	—	5	1	4	1	48	7

Diphtherie.

Zur Meldung kamen 519 Erkrankungen mit 41 Todesfällen. Die Verteilung auf die einzelnen Monate und das Alter lässt nachfolgende Tabelle erkennen. In einem Kinderspital erkrankten gleichzeitig 3 Kinder, so dass sich ein Schluss der Anstalt für einige Zeit notwendig erwies. In einem Falle erkrankte ein Milchbursche eines grossen Milchgeschäftes, der zunächst trotz seiner Erkrankung seinen Beruf nicht aufgeben wollte, erst die Drohung, dass dann das ganze Milchgeschäft während der Dauer der Erkrankung geschlossen werden müsste, veranlasste den Prinzipal, den Burschen dem Krankenhaus zu überweisen.

Alter	Jan.		Feb.		März		April		Mai		Juni		Juli		Aug.		Sept.		Okt.		Nov.		Dez.		Summe	
	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben
Unter 1 Jahr	1	1	—	—	1	—	3	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	8	2
1—5	13	2	20	5	32	2	16	—	14	1	11	1	16	—	12	1	17	3	9	1	14	2	21	3	195	22
6—15	15	1	10	—	15	—	19	1	12	—	14	—	11	—	20	1	20	8	20	1	31	2	34	2	231	16
16—20	5	—	3	—	2	1	6	—	3	—	3	—	5	—	—	—	4	—	2	—	1	—	4	—	38	1
21—30	2	—	1	—	1	—	4	—	1	—	1	—	2	—	3	—	1	—	4	—	4	—	5	—	29	—
über 30	2	—	—	—	2	—	2	—	2	—	2	—	1	—	1	—	2	—	1	—	2	—	1	—	18	—
Summe	38	4	34	5	53	3	50	1	33	2	31	1	35	—	36	3	41	11	36	2	54	4	66	5	519	41

Scharlach.

Gemeldet wurden 766 Erkrankungen mit 12 Todesfällen, die näheren Angaben gehen aus nachstehender Tabelle hervor. In 25 Fällen, wo ungünstige Wohnungsverhältnisse vorlagen, wurde durch den Kreisarzt die Ueberführung in ein Krankenhaus angeordnet.

Alter	Jan.		Feb.		März		April		Mai		Juni		Juli		Aug.		Sept.		Okt.		Nov.		Dez.		Summe	
	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben
Unter 1 Jahr	2	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	3	—
1–5	15	—	18	1	13	—	21	1	21	3	27	—	22	—	22	—	27	1	16	—	15	2	21	—	238	8
6–15	38	—	27	—	37	1	46	—	31	—	45	1	30	—	24	—	35	1	37	—	37	1	36	—	423	4
16–20	—	—	2	—	—	—	3	—	4	—	2	—	2	—	1	—	—	—	2	—	2	—	7	—	25	—
21–30	1	—	—	—	3	—	6	—	6	—	4	—	4	—	1	—	3	—	1	—	4	—	5	—	38	—
über 30	1	—	1	—	—	—	3	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	9	—
	57	—	48	1	53	1	81	1	63	3	79	1	58	—	48	—	65	2	58	—	58	3	70	—	766	13

Masern.

Da Masern nicht mehr anzeigepflichtig sind, lässt sich über das Auftreten dieser Erkrankung eine genauere Angabe nicht machen, immerhin kann man aus 56 Todesfällen annehmen, dass Masern ziemlich häufig waren und namentlich im Frühjahr unter den kleinen Kindern zahlreiche Opfer forderten. So starben im Januar 6 Kinder unter 1 Jahr, 4 Kinder im Alter von 1—2 Jahren und 2 Kinder über 2 Jahre; im Februar 4 Kinder unter 1 Jahr, 3 Kinder zwischen 1—2 Jahren und 2 Kinder über 2 Jahre, im März 7 Kinder unter 1 Jahr, 8 Kinder zwischen 1—2 Jahren und 2 Kinder über 2 Jahre. Im ganzen starben 1907 56 Kinder sämtlich unter 5 Jahren.

In einigen Schulen häuften sich die Masernfälle derartig, dass die Rektoren aufgefordert wurden, Wochenberichte an den Kreisarzt zu senden, damit dieser Kenntnis von dem Stand der Erkrankung erhielt. Ein Schul- oder Klassenschluss machte sich jedoch nicht erforderlich.

Kindbettfieber.

Gemeldet wurden 23 Fälle, von denen sich 4 im weiteren Verlauf als andere Krankheiten erwiesen. Es kommen somit 19 Erkrankungen von Kindbettfieber auf 8776 Geburten, gleich 0,22 Proz. Von den 19 Erkrankten starben 7.

Was die einzelnen Fälle angeht so handelt es sich in 6 um Frühgeburten, bei der die Frauen weder Arzt noch Hebamme aufgesucht hatten. In 3 Fällen waren Eihautreste zurückgeblieben, die vom Arzt stückweise entfernt werden mussten. In 3 weiteren Fällen waren der Erkrankung grössere operative Eingriffe vorausgegangen. in 2 Fällen hatten die betr. Frauen an Gonorrhöe vorher gelitten und in einem Falle war weder Arzt noch Hebamme bei der Entbindung anwesend, sondern die Zwillinge wurden unter Beihilfe des Ehemannes entbunden,

Tuberkulose.

An Tuberkulose der Lungen starben 564 Personen (307 männlich, 257 weiblich) und an Tuberkulose anderer Organe 134 Personen (80 männlich, 54 weiblich). In zahlreichen Fällen wurden vom Kreisarzt die Wohnungen der Erkrankten und Gestorbenen besichtigt und die Desinfektion angeordnet.

Uebertragbare Tierkrankheiten.

Es wurden 2 Fälle von Milzbrand beobachtet die zur Heilung kamen. Beidemale haben sich die betr. Arbeiter, beim Sortieren von Ziegenfellen, die aus China stammten, angesteckt.

In 6 Fällen, wo Personen von tollwutkranken Hunden gebissen waren, wurden die Gebissenen in das Institut für Wutschutzimpfung nach Berlin geschickt. Sämtliche 6 unterzogen sich der Impfung und sind, wie die nahezu einjährige Beobachtung dartut, nicht wieder erkrankt.

In dem Viehstand eines Schweinezüchters, der zugleich ein grosses Milchgeschäft betreibt, trat Maul- und Klauenseuche auf. Es wurde dafür gesorgt, dass das Personal, das mit dem Milchgeschäft zu tun hatte, nicht mit den erkrankten Tieren in Berührung kam, sowie auch sonstige Vorsichtsmassregeln getroffen. Irgendwelche nachteilige Folgen von dem Milchgenuss sind nicht zur Kenntnis gekommen.

Ueber-

über die Zahl der in den Frankfurter Kranken-Anstalten ver-

Vom 1. Januar 1907 bis

1	2
Namen der Anstalt	Bettenzahl
Städt. Krankenhaus med. Klinik	363
„ „ chirurg. Klinik	264
„ „ Klinik für Hautkranke	392
„ Siechenhaus	205
„ Krankenhaus Bockenheim	31
Frankensteiner Hof	115
Heiliggeisthospital, innere Abt.	190
„ äussere „	86
Bürgerhospital innere Abt.	66
„ äussere „	60
Hospital der Israelit. Gemeinde	65
Dr. Christs Kinderhospital	80
Neufvillesche Stiftung	20
Georgine Sara v. Rothschildsche Stiftung	19
Mathilde von Rothschildsches Kinderhospital	12
Clementine Mädchenspital	39
Dr. Bockenheimersche Klinik	119
Frankf. Verein v. roten Kreuz	55
Zweigverein des Vaterl. Frauen-Vereins	25
Diakonissen-Anstalt	58
Diakon.- u. Kranken-Heil-Anstalt des Bethanien-Vereins	33
Elisab.-Krankenhaus der barmh. Schwestern	71
Diakonissenheim Bockenheim	24
St. Josephs-Krankenhaus (Marienkrankenhaus*)	65 bezw. 235
Gumbertzsches Siechenhaus	60
Versorgungshaus	156
Jägersches Kindersiechenhaus	60
Carolinum	10
Städt. Entbindungsanstalt	28
Dr. Christsche u. v. Mühlensche Entb.-Anstalt	13
Privatfrauenklinik v. Prof. Dr. Sippel	10
Dr. Otto Neubürgers Entb.-Anstalt	8
„ Kallmorgens Frauenklinik	12
Städt. Irren-Anstalt	375
Dr. Dornblüths Sanat. f. Nervenkr.	12
„ Rosenbaums Sanat. f. israel. Nerven- und Gemütsleidende	25
Frankfurter Augenheilanstalt	21
Dr. Carls Augenklinik	55
Privatklinik für Zuckerkranke und diätetische Kuren	32
Genesungsstätte Hohenwald	32

*) Das St. Josephskrankenhaus wurde mit dem 21. November 1907 geschlossen, dem Eröffnungstage des St. Marienkrankenhauses.

sicht

pflegten Personen (Gesamtkrankenbewegung in den Hospitälern) 31. Dezember 1907

3	4	5	6	7	8	9	10
Namen der leitenden Ärzte	Bestand am 1. 1. 07	Zugang	Summe	Geheilt	Gebessert oder ungeheilt	Gestorben	Bleiben in Behandlung am 31. 12. 07
Direktor Prof. Dr. Lüthje	282	4330	4612	1659	2223	467	263
Oberarzt „ „ Rehn	162	2497	2659	1983	388	122	166
„ „ „ Herxheimer	224	2701	2925	1736	973	18	198
„ „ „ Aug. Knoblauch	197	295	492	15	173	100	204
San.-Rat Dr. Daube	18	298	316	228	50	20	18
Dr. Arth. Heimann	38	524	562	349	197	—	16
Prof. Dr. Treupel	121	1962	2083	1235	572	149	127
San.-Rat Dr. Harbordt	44	902	946	582	290	38	36
Dr. Streng	53	366	419	107	209	72	31
„ Ebenau	24	310	334	243	33	35	23
„ Kirchheim u. San.-R. Dr. Hirschberg	53	703	756	512	135	49	60
San.-Rat Dr. Glöckler	24	480	504	309	61	96	38
Dr. Grossmann u. Dr. Beck	19	297	316	207	55	33	21
Dr. Rosenbaum u. Dr. Gottschalk	16	206	222	169	26	12	15
Dr. Rosenbaum u. San.R. Dr. Pinner	10	63	73	52	11	1	9
San.-Rat Dr. J. de Bary u. Dr. A. de Bary	25	253	278	161	82	8	27
Geh. San.-Rat Dr. Bockenheimer	112	1526	1638	842	602	84	110
*)	5	896	901	857	25	16	3
*)	7	394	401	297	82	17	5
San.-R. Dr. Roediger u. Dr. E. v. Meyer	35	722	757	637	52	33	35
Dr. Gottschalk u. Dr. Mehler	30	494	524	375	105	23	21
Dr. Rauch und Dr. Simon	66	1090	1156	633	407	45	71
„ Hanau	20	380	400	232	136	12	20
Direktor Dr. Hergenhahn, Chefarzt der med. Abt. **)	38	664	702	411	139	37	115
Dr. Günzburg	34	25	59	1	5	7	46
San.-Rat Dr. Loretz	153	32	185	—	11	20	154
San.-Rat Dr. Roediger	45	65	110	38	17	14	41
Dr. Oehler	4	115	119	110	6	—	3
Geh. San.-Rat Dr. Vömel	21	713	734	689	20	6	19
Dr. Ponfik	7	209	216	208	5	—	3
Prof. Dr. Alb. Sippel	2	88	90	75	6	7	2
Dr. Otto Neubürger	4	204	208	200	1	—	7
„ Kallmorgen	—	111	111	87	21	1	2
Dir. Dr. Sioli	429	1431	1860	14	1266	110	470
Dr. Otto Dornblüth	4	36	40	6	30	—	4
„ Rosenbaum u. Dr. Friedmann	13	15	28	3	3	3	19
S.-R. Dr. Krüger, DDr. Schnaudigel u. Solm	10	220	230	187	28	1	14
San.-Rat Dr. Carl	17	436	453	333	87	2	31
San.-Rat Dr. Lampe	6	150	156	39	108	4	5
Unter Leitung des heil. Geist Hospitals	9	390	399	218	139	—	12
	2381	26593	28974	16069	8779	1662	2464

*) Zur Krankenbehandlung sind sämtliche Aerzte zugelassen.

**) Chefarzt der chirurg. Abt.; Dr. Brodnitz. Chefarzt der Augen-Abt.: S.-R. Dr. Carl. Chefarzt d. gynäkol. Abt.: Dr. Kayser. Chefarzt d. physikal.-therap. Abt.: S.-R. Dr. Schmidt. Arzt für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten Dr. Alexander

Ueber-

über die in den Frankfurter Kranken-Anstalten vom 1. Januar 1907 bis

Namen der Krankheiten	Städt. Krankenhaus						Städt. Siechenhaus		Städt. Krankenhaus Bockenheim		Frankensteiner Hof (Krankenstation)		Heiliggeisthospital				Bürgerhospital				Hospital der Israel. Gemeinde		Dr. Christ's Kinderhospital		Neufville'sche Stiftung	
	mediz. Klinik		chirurg. Klinik		Klinik für Hautkranke								Innere Abteilung		äussere Abteilung		Innere Abteilung		äussere Abteilung							
	1		2		3		4		5		6				8		9		10		11		12		13	
		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†
I. Infektionskrankheiten, Zoonosen und Schmarotzerkrankh.																										
1. Masern	158	14	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	9	—	2	2	—	—
2. Scharlach	204	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	11	—	—	—	—	—
4. Pocken	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
5. Windpocken	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
6. Rose	54	5	8	2	—	—	—	—	1	—	2	—	27	1	3	—	2	—	1	—	1	—	—	—	—	—
7. Diphtherie	112	18	18	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	—	67	5	—	—
8. Keuchhusten	124	28	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	3	—	—	—
9. Influenza	86	—	6	—	—	—	—	—	26	1	13	—	5	—	—	—	31	—	—	—	31	1	5	—	—	—
10. Blutvergiftung	12	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	2	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
11. Kindbettfieber	5	2	18	6	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	1	—	—	—	1	1	1	—	—	—	—	—
12. Starrkrampf	3	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
13. Typhus	59	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7	2	—	—	1	—	—	—	4	—	—	—	—	—
15. Rückfallfieber	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
16. Ruhr	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
17. b) Cholera nostr.	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
19. Mumps	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
20. Genickstarre	6	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
21. Wechselfieber	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
22. Akuter Gelenkrheumatismus	116	—	15	—	—	—	—	—	8	—	9	—	137	1	—	—	7	—	—	—	12	—	—	—	2	—
23. Venerische Krankheiten:																										
A. Syphilis	22	2	5	1	408	14	1	1	1	—	—	—	1	—	3	—	5	—	—	—	—	—	7	4	4	—
B. Gonorrhoe	20	—	7	—	750	—	—	—	1	—	—	—	7	—	5	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—
C. Weicher Schanker (Bubo)	1	—	—	—	82	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
D. Anderweitige venerische Krankheiten			—	—	191	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—
25. Tuberkulose: a)—e) der Atmungsorgane	713	105	9	6	—	—	70	21	32	9	55	—	219	67	1	—	67	26	3	1	62	13	2	—	—	—

cht

. Dezember 1907 verpflegten Personen nach Krankheiten geordnet.

Rothschildsche Stiftung	Mathilde v. Rothschild'sches Kinderhospital		Clementine Mädchenspital		Carolinum		Dr. Bockenheimersche Klinik		Frankf. Verein vom roten Kreuz		Zweigverein des Vaterländ. Frauenvereins		Diakonissen-Anstalt		Diakonissen- und Krankenheilanstalt des Bethanienvereins		Elisabethen-Krankenhaus der barmherzigen Schwestern		Diakonissenheim Bockenheim		St. Josephs-Krankenhaus bezw. Marienkrankenhaus		Gumpertzsches Siechenhaus		Versorgungshaus		Jägersches Kindersiechenhaus		Privatkl. für Zuckerkranke u. diätetische Kuren von Dr. Lampé		Genesungsstätte Hohenwald	
4	15		16		17		18		19		20		21		22		23		24		25		26		27		28		29		30	
†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†
—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	1	—	—	—	4	—	—	—	—	—	3	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	1	—	—	—	28	—	—	—	5	—	47	1	2	—	52	—	2	—	14	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	3	2	—	—	7	—	2	1	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	1	—	4	—	—	—	45	—	—	—	2	—	20	—	2	—	21	—	6	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	9	—	—	—	3	—	—	—	—	—	1	—	2	—	2	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	2	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	12	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1	—	—	6	1	1	—	162	21	2	2	4	—	15	2	7	2	38	13	7	1	30	2	—	—	3	2	2	2	—	—	2	—

Noch Tab. II.

Namen der Krankheiten	Städt. Krankenhaus: mediz. Klinik (1)		Städt. Krankenhaus: chirurg. Klinik (2)		Städt. Krankenhaus: Klinik für Hautkranke (3)		Städt. Siechenhaus (4)		Städt. Krankenhaus Bockenheim (5)		Frankensteiner Hof (Krankenstation) (6)		Heiliggeist-hospital: innere Abteilung (7)		Heiliggeist-hospital: äussere Abteilung (8)		Bürger-hospital: innere Abteilung (9)		Bürger-hospital: äussere Abteilung (10)		Hospital der israel. Gemeinde (11)		Dr. Christ's Kinderhospital (12)	
		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†
d) u. e) der Haut und Drüsen	3	1	45	—	59	—	2	—	1	—	—	—	3	—	4	—	—	—	6	—	7	—	5	—
f) der Knochen und Gelenke	9	—	115	3	—	—	15	3	—	—	1	—	2	—	23	2	1	—	11	1	6	—	25	2
g) u. h) des Hirns u. seiner Häute	10	10	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—	12	11
i)—o) d. übrigen Organe und allgemine Tuberkulose	25	20	55	5	—	—	5	3	1	—	—	—	4	1	2	1	—	—	4	—	1	—	7	3
27. Milzbrand	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
30. Wurmkrankheiten	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
31. a) Krätze	—	—	—	—	440	—	—	—	1	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
b) Läuse	1	—	—	—	84	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—
32. Fadenpilzkrankheiten	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
33. Aktinomykosis	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
II. Vergiftungen.																								
34. a) Organische Gifte	19	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	9	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
b) Anorganische Gifte	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	—	1	—	1	—	1	—	2	—	—	—
c) Vergiftungen ohne nähere Angabe	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
35. Giftige Gase	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
36. Alkoholvergiftung	3	1	—	—	—	—	11	—	—	—	7	—	18	—	1	—	3	—	—	—	1	—	—	—
III. Äussere Einwirkungen.																								
37. a) u. c) Quetschungen, Verstauchungen und Zerreissungen	16	—	269	3	—	—	1	—	9	—	16	—	7	—	151	3	—	—	39	2	10	—	7	2

Rothschildsche Stiftung	Mathilde v. Rothschild-sches Kinderhospital		Clementine Mädchen-spital		Carolinum		Dr. Bockenheimersche Klinik		Frankf. Verein vom roten Kreuz		Zweigverein des Vaterländ. Frauenvereins		Diakonissen-Anstalt		Diakonissen- und Krankenheilanstalt des Bethanienvereins		Elisabethen-Krankenhaus der barmherzigen Schwestern		Diakonissenheim Bockenheim		St. Josephs-Krankenhaus bezw. Marienkrankenhaus		Gumpertzsches Siechenhaus		Versorgungshaus		Jägersches Kindersiechenhaus		Privatkl. für Zuckerkranke u. diätetische Kuren von Dr. Lampé		Genesungsstätte Hohenwald	
4	15		16		17		18		19		20		21		22		23		24		25		26		27		28		29		30	
†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†
—	1	—	20	—	14	—	1	—	—	—	9	—	1	—	12	—	—	—	4	—	15	—	2	—	2	1	—	—	—	—	—	—
—	8	1	31	1	11	—	12	—	3	—	12	—	15	2	13	—	4	1	7	—	25	1	10	1	2	—	9	2	—	—	—	—
—	—	—	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	—	—	—	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1	—	—	6	1	—	—	—	—	3	—	—	—	1	—	18	3	1	—	3	—	15	1	—	—	—	—	9	1	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	7	1	—	—	—	—	1	—	—	—	4	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	16	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1	—	—	1	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	1	—	—	—	128	—	—	—	3	—	39	1	—	—	195	2	4	—	28	—	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—

Namen der Krankheiten	Städt. Krankenhaus						Städt. Siechenhaus		Städt. Krankenhaus Bockenheim		Frankensteiner Hof (Krankenstation)		Heiliggeist-hospital				Bürger-hospital				Hospital der Israel. Gemeinde		Dr. Christ's Kinderhospital	
	mediz. Klinik		chirurg. Klinik		Klinik für Hautkranke								innere Abteilung		äussere Abteilung		innere Abteilung		äussere Abteilung					
	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†
b) Knochenbrüche:																								
α)—ε) des Rumpfes	2	—	29	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	1	—	—	6	2	1	—	2	—
ς)—η) der Extremitäten	3	—	138	3	—	—	3	—	2	—	4	—	—	—	46	1	—	—	27	—	2	—	22	—
d) Verrenkung	—	—	11	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	16	—	—	—	—	—	1	—	1	—
e) Wunden	—	—	181	2	—	—	—	—	5	—	79	—	—	—	37	1	—	—	24	1	11	—	4	—
f) Verbrennung	—	—	42	—	5	—	—	—	2	—	1	—	—	—	17	1	—	—	6	1	1	—	7	—
g) Erfrieren	—	—	3	—	7	—	—	—	—	—	11	—	—	—	4	—	—	—	1	—	—	—	—	—
h) Gehirnerschütterung	—	—	6	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
i) Hitzschlag, Sonnenstich	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
q) Fremdkörper	—	—	24	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	10	—	—	—	4	—	1	—	—	—
IV. Störungen d. Entwickelung und Ernährung.																								
38. Angeborene Lebensschwäche	—	—	3	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
39. Bildungsfehler, Missgeburt	—	—	5	2	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	1
40. Zahnen	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
41. Rachitis	11	2	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	5	—
42. Osteomalacie	5	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
43. Atrophia infant.	39	22	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
44. Erschöpfung	57	—	—	—	—	—	—	—	—	—	11	—	6	—	—	—	1	—	—	—	2	—	—	—
45. Altersschwäche	16	5	—	—	—	—	32	8	—	—	2	—	1	1	—	—	7	—	—	1	1	1	—	—
46. Gangraen	—	—	2	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	1	—	3	1	—	—	—	—	—
47. Myxoedem	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
48. Kretinismus	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
49. Diabetes mellit.	32	4	—	—	—	—	2	2	1	—	—	—	7	2	1	—	3	2	3	1	—	—	—	—
50. Diabetes insipid.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
51. Gicht	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
52. Addisonsche Krankheit	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—
53. Fettsucht	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Rothschild'sche Stiftung		Mathilde v. Rothschild-sches Kinderhospital		Clementine Mädchen-spital		Carolinum		Dr. Bockenheimer'sche Klinik		Frankf. Verein vom roten Kreuz		Zweigverein des Vaterländ. Frauenvereins		Diakonissen-Anstalt		Diakonissen- und Krankenheilanstalt des Bethanienvereins		Elisabethen-Krankenhaus der barmherzigen Schwestern		Diakonissenheim Bockenheim		St. Josephs-Krankenhaus bezw. Marienkrankenhaus		Gumpertz'sches Siechenhaus		Versorgungshaus		Jäger'sches Kindersiechenhaus		Privatkl. für Zuckerkranke u. diätetische Kuren von Dr. Lampe		Genesungsstätte Hohenwald	
14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24		25		26		27		28		29		30	
	†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†
1	—	—	—	1	—	-	—	10	—	—	—	—	—	6	1	—	—	9	—	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3	—	1	—	5	—	—	—	45	—	—	—	4	—	14	—	2	—	20	—	2	1	16	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	18	—	—	—	—	—	1	1	4	—	2	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1	—	1	—	1	—	—	—	150	4	—	—	1	1	12	—	2	—	55	—	—	—	14	—	—	—	8	—	—	—	—	—	—	—
1	—	2	—	4	—	1	—	16	—	—	—	—	—	20	—	1	—	5	—	2	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—	4	—	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	2	—	—	—	3	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	3	—	5	—	—	—	2	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	49	1	—	-	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	15	6	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	7	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	1	1	—	—	5	3	—	—	2	—	9	1	23	4	2	—	6	—	31	—
1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2	—	—	—	1	—	—	—	4	—	—	—	—	—	1	—	1	1	2	—	—	—	6	3	3	—	—	—	—	—	122	3	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—

Noch Tab. II.

Namen der Krankheiten	Städt. Krankenhaus: mediz. Klinik (1)	†	Städt. Krankenhaus: chirurg. Klinik (2)	†	Städt. Krankenhaus: Klinik für Hautkranke (3)	†	Städt. Siechenhaus (4)	†	Städt. Krankenhaus Bockenheim (5)	†	Frankensteiner Hof (Krankenstation) (6)	†	Heiliggeist-hospital: Innere Abteilung (7)	†	Heiliggeist-hospital: äussere Abteilung (8)	†	Burger-hospital: Innere Abteilung (9)	†	Burger-hospital: äussere Abteilung (10)	†	Hospital der Israel. Gemeinde (11)	†	Dr. Christ's Kinderhospital (12)	†
54. Akromegalie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
56. Neubildungen:																								
A. Bösartige Neubildungen:																								
α) d. äuss. Bedeckungen	—	—	13	3	3	—	3	2	—	—	—	—	1	—	2	1	—	—	6	2	1	—	—	—
β) der Verdauungsorgane	42	17	58	16	—	—	17	12	8	4	—	—	12	10	6	2	8	6	9	6	15	8	1	1
δ) u. ε) d. Urogenitalorgane	3	1	26	7	—	—	10	9	—	—	—	—	2	2	11	3	2	—	7	4	3	1	—	—
γ) u. ς) sonstige	23	10	13	5	—	—	1	—	—	—	—	—	5	4	7	8	1	—	3	3	3	2	—	—
B. Gutartige Neubildungen:																								
a) Fibrom, Lipom, Angiom, Myxom. Atherom, Polypen und sonstige	4	—	24	—	3	—	5	2	2	—	—	—	—	—	13	—	—	—	7	—	8	—	—	—
c) Kropf, Struma	1	—	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	—	12	2	—	—	—	—	—	—	—	—
V. Krankheiten der Organe (ausschliesslich der bei Gruppe I bis IV aufgeführten).																								
A. Krankheiten der Haut und des Zellgewebes.																								
57. a) Entzündung der Haut (Ekzem)	5	—	—	—	437	3	1	—	3	—	5	—	4	—	5	—	—	—	1	—	6	—	6	1
b) Infektiöse (bakterielle) Dermatosen	3	—	—	—	56	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	15	—	7	—
c) Neuritische Dermatosen	5	—	—	—	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—
d) Progressive Ernährungsstörungen der Epidermis	4	—	—	—	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Mathilde v. Rothschildsches Kinderhospital		Clementine Mädchenspital		Carolinum		Dr. Bockenheimersche Klinik		Frankf. Verein vom roten Kreuz		Zweigverein des Vaterländ. Frauenvereins		Diakonissen-Anstalt		Diakonissen- und Krankenheilanstalt des Bethanienvereins		Elisabethen-Krankenhaus der barmherzigen Schwestern		Diakonissenheim Bockenheim		St. Josephs-Krankenhaus bezw. Marienkrankenhaus		Gumpertzsches Siechenhaus		Versorgungshaus		Jägersches Kindersiechenhaus		Privatkl. für Zuckerkranke u. diätetische Kuren von Dr. Lampe		Genesungsstätte Hohenwald	
15		16		17		18		19		20		21		22		23		24		25		26		27		28		29		30	
	†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†
—	—	—	—	2	—	4	—	4	—	—	—	2	—	6	1	2	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	3	—	3	3	4	2	13	2	4	1	16	4	10	3	5	1	39	8	3	—	5	4	—	—	—	—	—	—
—	—	1	1	4	1	—	—	30	1	9	—	6	—	14	2	—	—	5	—	22	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	9	—	4	2	4	—	9	—	4	1	4	—	1	1	3	1	8	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	1	—	6	—	19	—	39	—	21	2	9	1	75	1	10	—	22	—	16	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	4	—	—	—	2	1	2	—	3	—	8	—	1	—	1	1	4	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
—	—	6	—	—	—	10	—	7	—	2	—	48	—	—	—	10	—	1	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—
—	—	4	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Noch Tab. II.

Namen der Krankheiten	Städt. Krankenhaus: medic. Klinik	†	Städt. Krankenhaus: chirurg. Klinik	†	Städt. Krankenhaus: Klinik für Hautkranke	†	Städt. Siechenhaus	†	Städt. Krankenhaus Bockenheim	†	Frankensteiner Hof (Krankenstation)	†	Heiliggeist-hospital: Innere Abteilung	†	Heiliggeist-hospital: äussere Abteilung	†	Bürger-hospital: Innere Abteilung	†	Bürger-hospital: äussere Abteilung	†	Hospital der israel. Gemeinde	†	Dr. Christ's …	†
	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		12		13	
e) Regressive Ernährungsstörungen der Haut (Atroph.) . .	—	—	—	—	18	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
f) Erkrankung des Gefässapparates der Haut (Purpura etc.) . .	3	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
g) Epidermolysis (Pemphig. etc.)	1	—	—	—	6	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
h) Krankheiten der Schweiss- und Talgdrüsen . .	1	—	12	—	54	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
58. Furunculosis . .	1	—	24	1	28	—	—	—	—	—	11	—	1	—	35	—	—	—	2	—	6	—	7	—
59. Zellgewebsentz. .	2	—	212	10	59	—	1	—	1	—	—	—	3	—	94	1	—	—	18	—	21	—	7	—
60. Zellgewebsverh. .	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
61. Nabelentzündung .	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
62. Ulcus cruris . .	—	—	41	—	37	—	5	—	2	—	6	—	1	—	25	—	—	—	6	—	2	—	—	—
63. Elephantiasis . .	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
B. Krankheit. der Muskeln u. Sehnen.																								
64. Muskelentzündung	1	—	9	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
65. Muskelrheumat. .	76	—	7	—	—	—	—	—	41	—	84	—	58	—	—	—	6	—	—	—	14	—	—	—
66. Muskelentartung .	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
67. Sehnenscheidenentzündung . . .	1	—	22	—	—	—	—	—	1	—	5	—	1	—	20	—	—	—	2	—	—	—	—	—
C. Krankheiten der Knochen, Knorpel und Gelenke.																								
68. Knochen- und Knorpelentzündung	5	—	39	1	2	—	—	—	—	—	—	—	1	—	9	—	3	—	4	—	2	—	5	—
70. Gelenkentzündung	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	23	—	—	—	—	—	—	—	—	—
71. Chronisch. Gelenkrheumatismus und Arthritis deformans	402	—	29	—	—	—	11	2	1	—	—	—	12	—	—	—	3	—	1	—	4	—	1	—

Rothschild'sche Stiftung	Mathilde v. Rothschild'sches Kinderhospital		Clementine Mädchenspital		Carolinum		Dr. Bockenheimer'sche Klinik		Frankf. Verein vom roten Kreuz		Zweigverein des Vaterländ. Frauenvereins		Diakonissen-Anstalt		Diakonissen- und Krankenheilanstalt des Bethanienvereins		Elisabethen-Krankenhaus der barmherzigen Schwestern		Diakonissenheim Bockenheim		St. Josephs-Krankenhaus bezw. Marienkrankenhaus		Gumpertzsches Siechenhaus		Versorgungshaus		Jägersches Kindersiechenhaus		Privatkl. für Zuckerkranke u. diätetische Kuren von Dr. Lampe		Genesungsstätte Hohenwald	
14	15		16		17		18		19		20		21		22		23		24		25		26		27		28		29		30	
†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	1	—	—	—	4	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	1	—	—	—	3	—	—	—	2	—	8	—	3	—	3	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	3	—	—	—	8	1	1	—	3	—	12	1	8	—	48	—	1	—	23	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	17	1	—	—	—	—	6	—	1	—	13	—	2	—	7	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	17	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	100	—	—	—	—	—	6	—	—	—	32	—	4	—	8	—	—	—	7	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	1	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	1	—	2	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	1	—	4	1	2	—	4	—	—	—	9	—	—	—	15	—	16	—	16	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	9	—	2	—	—	—	7	—	4	—	9	—	2	—	1	—	1	—	3	—	—	—	—	—	—	—

Namen der Krankheiten	Städt. Krankenhaus						Städt. Siechenhaus		Städt. Krankenhaus Bockenheim		Frankensteiner Hof (Krankenstation)		Heiliggeist-hospital				Bürger-hospital				Hospital der israel. Gemeinde		Dr. Christ's Kinderhospital		[illegible]	
	mediz. Klinik		chirurg. Klinik		Klinik für Hautkranke								innere Abteilung		äussere Abteilung		innere Abteilung		äussere Abteilung							
	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13	
		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		
72. a) Verkrümmung der Wirbelsäule, Kyphose, Skoliose, Lordose .	5	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—
b) Platt-, Klump-, Spitzfuss, Genu valg., Bäckerbein etc. . .	7	—	47	—	—	—	—	—	1	—	3	—	13	—	4	—	3	—	8	—	1	—	5	—	21	—
D. Krankheiten des Blutes und d. blutbildenden Drüsen.																										
73. a) Chlorosis . .	72	1	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	61	—	—	—	31	—	—	—	34	—	2	—	—	—
b) Anaemia perniciosa	3	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—
c) Leukaemie . .	5	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
74. Skorbut, Barlow-sche Krankheit, Blutfleckenkrankheit	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	3	1
75. Haemophilie . .	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
76. Drüsenentzündung	5	—	73	—	—	—	—	—	7	—	—	—	1	—	17	—	2	—	—	—	6	—	2	—	4	—
E. Krankheiten d. Gefässystems.																										
78. Akute Endokard. .	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—
79. Perikarditis . . .	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
80. Herzvergrösserung	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	1	—	—	1	—	—	—	2	—	—	—	—	—
81. Herzfehler: a) Herzklappenfehler	93	11	—	—	—	—	13	—	1	—	19	—	76	6	—	—	14	3	—	—	13	2	1	1	1	—
b) Angeborene Herzfehler . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—
82. a) Myokarditis .	31	5	5	4	—	—	3	1	1	—	—	—	10	2	—	—	19	9	1	1	6	3	—		—	—
b) Herzverfettung	10	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
85. Herzkrampf, Angina pectoris, Herzneurosen	16	1	4	—	—	—	1	—	—	—	3	—	1	—	—	—	1	—	—	—	7	—	—	—	—	—

Georgine Sara von Rothschildsche Stiftung		Mathilde v. Rothschildsches Kinderhospital		Clementine Mädchenspital		Carolinum		Dr. Bockenheimersche Klinik		Frankf. Verein vom roten Kreuz		Zweigverein des Vaterländ. Frauenvereins		Diakonissen-Anstalt		Diakonissen- und Krankenheilanstalt des Bethanienvereins		Elisabethen-Krankenhaus der barmherzigen Schwestern		Diakonissenheim Bockenheim		St. Josephs-Krankenhaus bezw. Marienkrankenhaus		Gumpertzsches Siechenhaus		Versorgungshaus		Jägersches Kindersiechenhaus		Privatkl. für Zuckerkranke u. diätetische Kuren von Dr. Lampe		Genesungsstätte Hohenwald	
14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24		25		26		27		28		29		30	
	†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†
—	—	—	—	8	—	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	3	—
2	—	—	—	23	—	2	—	9	—	1	—	2	—	15	—	7	—	6	—	3	—	7	—	—	-	—	—	—	—	—	—	—	—
11	—	19	—	17	—	—	—	7	—	—	—	—	-	6	—	2	—	11	—	6	—	11	—	—	—	—	—	2	—	—	—	203	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
-	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	-	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
4	-	2	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	-	9	—	—	-	6	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	4	—	—	—	45	9	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—
5	1	2	—	4	—	—	—	—	—	6	2	—	—	6	2	1	—	14	1	2	—	3	—	1	—	—	—	—	—	1	—	19	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	3	2	—	—	3	1	4	—	1	-	5	1	2	1	3	—	—	3	1	—	—	—	1	1	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	10	—	—	—	3	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—

Noch Tab. II.

Namen der Krankheiten	Städt. Krankenhaus						Städt. Siechenhaus		Städt. Krankenhaus Bockenheim		Frankensteiner Hof (Krankenstation)		Heiliggeist-hospital				Bürger-hospital				Hospital der israel. Gemeinde		Dr. Christ's Kinderhospital		[illegible] Stiftung
	mediz. Klinik		chirurg. Klinik		Klinik für Hautkranke								innere Abteilung		äussere Abteilung		innere Abteilung		äussere Abteilung						
	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13
		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†	
87. Arterienkrankheiten	32	7	4	1	1	—	5	1	—	—	—	—	11	–	—	—	8	—	—	—	2	—	—	–	—
88. Venenkrankh.	4	1	27	2	—	—	—	—	—	–	—	—	1	—	5	1	1	—	6	—	3	—	—	–	–
F. Krankheiten d. Nervensystems.																									
89. Meningitis	3	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	–	—	—	—	–	–	—	—	—	2	2	—
90. Hydroceph. internus s. chron.	2	—	1	—	—	—	—	–	—	–	—	—	—	—	1	—	—	—	—	–	2	—	1	—	3 –
91. a) u. b) Akute Enkephalitis, Gehirnabszess	2	1	1	1	—	—	—	—	–	—	—	—		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	–	4
92. Apoplex. cereb.	25	6	2	2	—	—	3	—	3	—	—	—	6	1	—	—	11	8	—	—	4	2	—	—	–
93. a) u. b) Erweichungsherde im Gehirn, Gehirnlähmung	11	—	—	—	3	—	45	8	—	—	—	—	3	1	—	–	6	—	—	—	2	–	—	—	—
94. Störungen der Blutfüllung	—	—	—	—	—	—	–	—	—	—	—	—	–	—	—	—	2	1	—	—	1	—	—	—	—
96. Geisteskrankh.	16	—	1	–	—	—	58	11	—	—	—	—	10	—	—	—	2	—	—	—	5	—	—	–	1
97. Paralysis agit.	2	1	—	—	—	—	7	2	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—
98. a) Myelitis	1	1	—	—	—	—	6	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	2	—	—	—	—
b) Meningitis spinalis	—	—	2	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	–	—	—	—	—	—	—	—	—
100. a) u. b) Tabes dorsalis, Friedreichsche Krankheit	26	—	5	—	—	—	27	2	2	—	1	—	3	–	—	—	1	—	—	—	2	—	—	—	—
101. a) Kinderlähm.	4	—	1	—	—	–	6	—		—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2 –
b) Sonstige Rückenmarklähmungen	8		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5 –
102. Progressive Muskelatrophie	1	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	–	2 –
104. Mult. Sklerose	6	—	—	—	—	—	16	2	—	—	—	—	3	–	—	—	—	–	—	—	—	—	—	—	—
105. Multiple Neurit.	5	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	2	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
106. Neuralgie (Ischias etc.)	33	—	7	—	—	—	—	—	5	—	11	—	63	—	1	—	6	—	1	—	6	—	–	—	—

Georgine Sara von Rothschildsche Stiftung		Mathilde v. Rothschildsches Kinderhospital		Clementine Mädchenspital		Carolinum		Dr. Bockenheimersche Klinik		Frankf. Verein vom roten Kreuz		Zweigverein des Vaterländ. Frauenvereins		Diakonissen-Anstalt		Diakonissen- und Krankenheilanstalt des Bethanienvereins		Elisabethen-Krankenhaus der barmherzigen Schwestern		Diakonissenheim Bockenheim		St. Josephs-Krankenhaus bezw. Marienkrankenhaus		Gumpertzsches Siechenhaus		Versorgungshaus		Jägersches Kindersiechenhaus		Privatkl. für Zuckerkranke u. diätetische Kuren von Dr. Lampe		Genesungsstätte Hohenwald	
1		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24		25		26		27		28		29		30	
	†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†
—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—	2	—	—	—	5	—	1	—	3	—	2	—	9	1	—	—	1	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	1	—	1	—	11	1	3	—	6	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	1	1	1	1	1	1	1	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	1	—	—	—	2	1	—	—	—	—
—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1	1	—	—	—	—	—	—	9	—	—	—	1	1	—	—	—	—	2	2	—	—	3	—	3	1	2	1	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	1	3	1	9	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2	—	—	—	1	—	—	—	4	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	—	—	—	—	2	1	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	2	—	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	2	—	4	1	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3	—	—	—	—	—	—	—	40	—	1	—	—	—	14	—	1	—	16	—	3	—	5	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—

Noch Tab. II.

Namen der Krankheiten	Städt. Krankenhaus: mediz. Klinik (1)	†	Städt. Krankenhaus: chirurg. Klinik (2)	†	Städt. Krankenhaus: Klinik für Hautkranke (3)	†	Städt. Siechenhaus (4)	†	Städt. Krankenhaus Bockenheim (5)	†	Frankensteiner Hof (Krankenstation) (6)	†	Heiliggeist-hospital: innere Abteilung (7)	†	Heiliggeist-hospital: äussere Abteilung (8)	†	Bürger-hospital: innere Abteilung (9)	†	Bürger-hospital: äussere Abteilung (10)	†	Hospital der Israel. Gemeinde (11)	†	Dr. Christ's Kinderhospital (12)	†	Neufville'sche Stiftung (13)	†
107. Lähmungen der periph. Nerven	6	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
109. Migräne	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
110. a) Epilepsie	31	1	2	—	—	—	14	—	2	1	5	—	10	—	1	—	6	—	—	—	2	—	1	—	7	—
b) Chorea	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	6	—
c) Sonst. Krämpfe, Tetanie, Eklampsie d. Kind. etc.	8	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	5	—	4	[illegible]
111. a) Neurasthenie	100	—	20	—	6	—	1	—	3	—	7	—	44	—	—	—	7	—	—	—	7	—	—	—	—	—
b) Hysterie	104	—	—	—	—	—	16	—	5	—	2	—	42	—	—	—	7	—	1	—	14	—	2	—	3	—
d) Beschäftigungsneurosen (Schreibkr.)	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
112. Basedowsche Krankheit	14	—	4	1	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	2	—	—	—	1	—	—	—	—	—
G. Krankheiten des Ohres																										
113. a) Erkrankungen d. äuss. Ohres	—	—	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—
b) Erkrankungen des Trommelfells u. mittleren Ohres	8	—	43	3	—	—	—	—	—	—	2	—	19	—	9	—	—	—	3	—	1	—	1	—	5	1
c) Erkrankung. d. inneren Ohres	3	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
H. Krankheiten des Auges																										
114. a)—c) Erkrank. d. Augenlid. u. d. Bindehaut	5	—	4	—	16	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—
d) Erkrankungen d. Lederhaut u. der Hornhaut	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7	—	—	—	3	—
e)—p) Sonstige Augenkrankh.	3	—	—	—	—	—	5	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	10	—	—	—	1	—

Georgine Sara von Rothschild'sche Stiftung		Mathilde v. Rothschild'sches Kinderhospital		Clementine Mädchen-spital		Carolinum		Dr. Bockenheimer'sche Klinik		Frankf. Verein vom roten Kreuz		Zweigverein des Vaterländ. Frauenvereins		Diakonissen-Anstalt		Diakonissen- und Krankenheilanstalt des Bethanienvereins		Elisabethen-Krankenhaus der barmherzigen Schwestern		Diakonissenheim Bockenheim		St. Josephs-Krankenhaus bezw. Marienkrankenhaus		Gumpertz'sches Siechenhaus		Versorgungshaus		Jäger'sches Kindersiechenhaus		Privatkl. für Zuckerkranke u. diätetische Kuren von Dr. Lampe		Genesungsstätte Hohenwald	
14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24		25		26		27		28		29		30	
	†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†
—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	1	—	—	—	2	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—
—	—	—	—	2	—	—	—	6	—	1	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	4	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	11	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	3	—	2	—	—	—	2	—	2	—	9	—	1	—	—	—	—	—	3	—	64	—
7	—	1	—	4	—	—	—	3	—	1	—	5	—	—	—	—	—	—	—	1	—	6	—	2	—	—	—	—	—	—	—	35	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	6	—
—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2	—	2	—	5	—	—	—	5	—	8	—	11	—	4	—	4	—	6	—	53	—	3	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	17	—	—	—	10	—	1	—	1	—	2	—	2	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
2	—	4	—	3	—	—	—	17	—	—	—	—	—	—	—	—	—	36	—	3	—	—	—	—	—	4	—	2	—	—	—	—	—
—	—	—	—	6	—	—	—	17	—	—	—	—	—	—	—	—	—	20	—	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
7	—	—	—	1	—	—	—	23	—	11	—	2	—	8	—	3	—	16	—	23	1	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—

Namen der Krankheiten	Städt. Krankenhaus						Städt. Siechenhaus		Städt. Krankenhaus Bockenheim		Frankensteiner Hof (Krankenstation)		Heiliggeist-hospital				Bürger-hospital				Hospital der Israel. Gemeinde		Dr. Christ's Kinderhospital		Senckenbergische Stiftung	
	mediz. Klinik		chirurg. Klinik		Klinik für Hautkranke								innere Abteilung		äussere Abteilung		innere Abteilung		äussere Abteilung							
	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		1	
		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		
J. Krankheiten d. Respirationsorg.																										
115. Krankheiten der Nase u. Nebenhöhlen	3	—	10	—	—	—	—	—	1	—	—	—	14	—	—	—	1	—	7	—	5	1	2	—	—	—
116. Kehlkopfentz.	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	29	—	—	—	2	—	—	—	3	—	4	—	—	—
117. Stimmritzenkr.	10	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—
118. Kehlkopf- u. Luftröhren-Vereng.	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	1	
119. Luftröhrenkat.	23	—	—	—	—	—	—	—	20	—	—	—	36	—	—	—	1	—	—	—	2	—	—	—	—	—
120. Akute Bronchit.	106	—	4	—	—	—	1	—	47	1	72	—	121	—	—	—	3	—	—	—	25	1	18	4	12	—
121. Chron. Bronchit.	38	1	—	—	—	—	4	—	—	—	24	—	41	—	1	—	1	—	—	—	7	—	25	1	2	—
122. Lungenentzünd.																										
a) Fibrinöse	199	27	2	1	—	—	—	—	—	—	5	—	55	9	—	—	14	7	—	—	17	4	8	—	8	—
b) Katarrhalische (Bronchopneumonie)	67	20	4	4	—	—	—	—	11	4	—	—	17	12	—	—	3	2	—	—	2	1	39	14	27	7
123. Staubkrankheit	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
126. Lungenemph.	63	7	—	—	—	—	13	1	1	—	12	—	35	—	—	—	14	1	—	—	3	—	—	—	—	—
127. a) Lungenabszess	1	—	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
b) Lungengangrän	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	2	1	—	—	—	—	—	—
129. a) Brustfellentzündung:																										
α) seröse	89	1	1	—	1	—	—	—	1	—	2	—	36	—	—	—	10	1	—	—	2	—	5	1	2	—
β) eitrige	3	—	15	5	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	4	2	—	—	1	—	—	—	5	4	4	1
γ) trock. od. ohne näh. Angabe	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
K. Krankh. d. Verdauungsapparate																										
130. Krankheiten der Mundhöhle	3	—	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	1	—	—	—	3	—	4	—	4	—	—	—
131. Halsentzünd.	273	—	8	—	2	—	—	—	15	—	18	—	197	—	—	—	15	—	—	—	83	—	19	—	—	—
132. Krankheiten der Speicheldrüsen	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
133. Krankheiten der Speiseröhre	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Georgine Sara von Rothschildsche Stiftung		Mathilde v. Rothschildsches Kinderhospital		Clementine Mädchenspital		Carolinum		Dr. Bockenheimersche Klinik		Frankf. Verein vom roten Kreuz		Zweigverein des Vaterländ. Frauenvereins		Diakonissen-Anstalt		Diakonissen- und Krankenheilanstalt des Bethanienvereins		Elisabethen-Krankenhaus der barmherzigen Schwestern		Diakonissenheim Bockenheim		St. Josephs-Krankenhaus bezw. Marienkrankenhaus		Gumpertzsches Siechenhaus		Versorgungshaus		Jägersches Kindersiechenhaus		Privatkl. für Zuckerkranke u. diätetische Kuren von Dr. Lampe		Genesungsstätte Hohenwald	
14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24		25		26		27		28		29		30	
	†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†
—	—	1	—	—	—	—	—	3	—	343	—	24	—	6	—	2	—	3	—	5	—	4	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	2	—	6	—	—	—	3	—	1	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	12	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1	—	—	—	—	—	—	—	7	1	—	—	—	—	6	—	—	—	25	—	1	—	—	—	—	—	5	—	—	—	1	—	—	—
1	—	2	—	7	—	—	—	61	1	—	—	1	—	17	—	—	—	—	—	1	—	5	—	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	2	—	—	—	40	2	—	—	1	—	—	—	—	—	15	—	1	—	4	—	—	—	11	1	—	—	—	—	7	—
3	1	—	—	7	—	—	—	9	1	—	—	4	—	7	1	1	1	9	2	2	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	2	2	1	—	—	—	11	3	—	—	21	3	1	—	2	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	3	—	—	—	3	—	—	—	6	—	—	—	5	—	—	—	5	1	—	—	—	—	22	—
1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2	—	1	—	1	—	—	—	2	—	1	—	1	—	7	—	—	—	10	—	1	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1	1	—	—	2	—	1	1	2	—	—	—	1	—	3	—	1	—	3	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	2	—	1	—	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3	—	9	—	18	—	—	—	56	—	—	—	—	—	18	—	1	—	28	—	3	—	13	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Namen der Krankheiten	Städt. Krankenhaus: mediz. Klinik 1	†	Städt. Krankenhaus: chirurg. Klinik 2	†	Städt. Krankenhaus: Klinik für Hautkranke 3	†	Städt. Siechenhaus 4	†	Städt. Krankenhaus Bockenheim 5	†	Frankensteiner Hof (Krankenstation) 6	†	Heiliggeist-hospital: innere Abteilung 7	†	Heiliggeist-hospital: äussere Abteilung 8	†	Bürger-hospital: innere Abteilung 9	†	Bürger-hospital: äussere Abteilung 10	†	Hospital der israel. Gemeinde 11	†	Dr. Christ's Kinderhospital 12	†	… Stiftung 13	†
134. Magenkrankh.:																										
a) Magenkat.	30	—	13	—	—	—	—	—	7	-	18	—	61	—	—	—	—	—	1	—	2	—	22	10	—	—
c) Magengeschwür	38	2	15	2	—	—	—	—	1	—	1	—	22	—	—	—	10	—	—	—	1	—	—	—	—	—
d)–g) Sonstige	45	—	7	1	—	—	—	—	3	1	—	—	46	—	1	—	3	—	—	—	4	—	—	—	—	—
135. Darmkrankh.:																										
a)—c) Darmkat. Magendarmk.	187	27	17	—	—	—	2	—	8	—	7	—	46	—	5	—	5	—	—	—	19	—	43	13	16	[illegible]
d) Darmträgh.	35	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	18	—	—	—	5	—	3	—	9	—	2	—	—	—
137. Blinddarmentz.	39	—	151	2	—	—	1	—	3	—	—	—	20	—	63	3	3	—	32	3	23	2	10	1	15	[illegible]
138. Darmverschluss u. Verengung	1	—	6	1	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	2	2	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—
140. Mastdarmerkr.	3	—	12	—	—	—	1	—	—	—	—	—	2	—	2	—	—	—	3	—	7	—	3	—	—	—
141. Darmfistel	—	—	2	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	6	—	2	—	—	—	—	—
142. Brüche	1	—	106	3	—	—	2	1	—	—	—	—	—	—	37	1	1	—	7	3	10	—	1	—	38	—
143. Bauchfellentz.	6	—	34	11	—	—	—	—	—	—	—	—	3	1	2	1	1	1	—	—	1	—	1	1	—	—
144. a) u. b) Hepatitis und Pylephlebitis	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
c) Akute Leberatrophie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
d) Lebercirrh.	27	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	3	1	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—
145. Ikterus	15	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	12	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	1	—
147. Cholelithiasis	25	—	29	5	—	—	1	1	3	—	—	—	17	—	3	—	3	—	5	—	2	—	—	—	—	—
148. Erkrankungen d. Pankreas	—	—	3	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
L. Krankheiten der Harnorgane																										
149. Nierenentzünd.	73	8	1	—	—	—	3	—	2	—	1	—	19	6	—	—	11	3	—	—	8	—	4	—	1	—
150. a) Pyelitis, Pyelonephritis	13	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	3	3	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
b) Hydronephr.	1	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
c) Nierenvereit.	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—
151. Lithiasis	1	—	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	2	1	1	—	5	—	—	—	—	—
152. Wanderniere	1	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
153. Uraemia	15	7	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
154. Entz. u. Lähm. d. Harnwege	15	1	16	1	—	—	2	—	4	—	—	—	27	—	1		3	—	6	—	6	—	—	—	2	—

Rothschildsche Stiftung		Mathilde v. Rothschild-sches Kinderhospital		Clementine Mädchen-spital		Carolinum		Dr. Bockenheimersche Klinik		Frankf. Verein vom roten Kreuz		Zweigverein des Vaterländ. Frauenvereins		Diakonissen-Anstalt		Diakonissen- und Krankenheilanstalt des Bethanienvereins		Elisabethen-Krankenhaus der barmherzigen Schwestern		Diakonissenheim Bockenheim		St. Josephs-Krankenhaus bezw. Marienkrankenhaus		Gumpertzsches Siechenhaus		Versorgungshaus		Jägersches Kindersiechenhaus		Privatkl. für Zuckerkranke u. diätetische Kuren von Dr. Lampe		Genesungsstätte Hohenwald	
14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24		25		26		27		28		29		30	
	†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†
5	—	—	—	—	—	—	—	44	—	—	—	2	—	18	—	3	—	18	—	2	—	4	—	—	—	1	—	—	—	4		—	—
4	—	—	—	—	—	—	—	3	—	1	1	1	1	8	—	12	—	10	2	12	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2	—	—	—	—	—	2	—	6	—	3	—	3	1	5	—	10	—	1	—	4	1	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
6	—	1	—	5	1	—	—	46	1	—	—	5	—	26	—	2	—	12	—	2	—	6	—	—	—	9	—	2	—	8	—	—	—
—	—	—	—	3	—	—	—	6	—	—	—	—	—	11	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—
4	—	2	—	3	—	4	1	14	4	25	—	34	6	44	2	40	1	44	3	24	2	86	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2	1	—	4	8	1	1	1	—	1	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2	—	—	—	—	—	—	—	4	—	7	—	9	—	13	—	7	—	3	—	4	—	4	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	3	—	—	—	5	—	2	—	1	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
8	2	—	—	1	—	10	1	19	3	12	—	13	1	26	2	23	—	18	—	13	—	45	—	—	—	10	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	1	1	—	—	2	1	5	—	—	—	1	1	1	1	2	—	1	—	5	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	2	2	1	—	—	—	—	—	—	—	3	—	1	—	1	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—	3	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—
3	—	—	—	—	—	1	—	4	—	5	—	7	1	3	1	6	—	3	—	2	—	7	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
																								1									
—	—	—	—	4	—	—	—	11	2	2	—	2	—	1	—	4	—	14	1	3	—	5	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	2	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	1	1	—	—	—	8	—	1	—	2	—	7		—	—	—	—	—	—	—	—
1	—	—	—	—	—	—	—	2	—	3	—	—	—	1	—	3	—	1	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	2	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3	—	—	—	1	—	2	—	8	—	—	—	1	—	—	—	9	—	2	1	1	—	2	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—

Namen der Krankheiten	Städt. Krankenhaus: mediz. Klinik		Städt. Krankenhaus: chirurg. Klinik		Städt. Krankenhaus: Klinik für Hautkranke		Städt. Siechenhaus		Städt. Krankenhaus Bockenheim		Frankensteiner Hof (Krankenstation)		Heiliggeist-hospital: Innere Abteilung		Heiliggeist-hospital: äussere Abteilung		Bürger-hospital: Innere Abteilung		Bürger-hospital: äussere Abteilung		Hospital der israel. Gemeinde		Dr. Christ's Kinderhospital		[illegible]	
	1	†	2	†	3	†	4	†	5	†	6	†	7	†	8	†	9	†	10	†	11	†	12	†	13	†
M. Krankheiten der Geschlechtsorgane. (Gonorrhoe etc. b. 23.) (Geschwülste bei 56.)																										
Männliche:																										
155. Phimose, Paraphim., Balanit.	—	—	10	—	89	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	2	—
156. Epispadie, Hypospadie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
157—160. Alle sonst.	1	—	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	13	—	—	—	4	—	4	—	—	—	—	—
Weibliche:																										
162 Krankh. d. Vulv.	1	—	11	—	—	—	—	—	1	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—
163. a) Menstruationsanomal.	10	15	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	38	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
b) Parametritis	6	—	2	—	41	—	—	—	—	—	—	—	6	—	4	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—
165. Gebärmutterentz. ausserhalb d. Geburt und des Wochenbettes	13	—	25	—	—	—	—	—	—	—	—	—	24	—	—	—	—	—	4	—	8	—	—	—	—	—
166. Gebärmutterblutung ausserh. d. Wochenbettes	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	12	—	1	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—
167. Lageveränderung d. Gebärmutter	1	—	29	—	—	—	—	—	—	—	—	—	23	—	6	—	1	—	2	—	2	—	—	—	—	—
168. a) Eierstocksentzündung	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
b) Tubenentz.	4	—	58	—	—	—	—	—	1	—	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—
170 u. 171 Schwangerschaft u. Störung. derselben	11	—	210	7	—	—	1	—	—	—	—	—	17	—	1	—	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—
173 u. 174. Frühgeb. Fehlgeburt	14	5	46	—	3	—	—	—	—	—	—	—	27	—	1	—	—	—	6	—	3	—	—	—	—	—
175. Erkrankungen der Brüste	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	12	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—
VI. Andere, sowie nicht angegebene und unbekannte Krankheiten																										
176.	73	—	43	—	—	—	10	—	—	—	13	—	7	—	27	—	4	—	4	—	—	—	9	—	7	1

Georgine Sara von Rothschildsche Stiftung		Mathilde v. Rothschildsches Kinderhospital		Clementine Mädchenspital		Carolinum		Dr Bockenheimersche Klinik		Frankf. Verein vom roten Kreuz		Zweigverein des Vaterländ. Frauenvereins		Diakonissen-Anstalt		Diakonissen- und Krankenheilanstalt des Bethanienvereins		Elisabethen-Krankenhaus der barmherzigen Schwestern		Diakonissenheim Bockenheim		St. Josephs-Krankenhaus bezw. Marienkrankenhaus		Gumpertzsches Siechenhaus		Versorgungshaus		Jägersches Kindersiechenhaus		Privatkl. für Zuckerkranke u. diätetische Kuren von Dr. Lampe		Genesungsstätte Hohenwald	
14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24		25		26		27		28		29		30	
	†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†
3	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	3	—	1	—	—	—	1	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2		3	—	2	—	14	2	6	—	3	—	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	24	—	3	—	—	—	5	—	1	—	4	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1	—	—	—	—	—	1	—	2	—	11	—	—	—	—	—	6	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1	—	—	—	—	—	—	—	6	—	12	—	—	—	—	—	1	—	6	—	4	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
9	—	—	—	—	—	—	—	25	1	95	—	34	—	17	—	38	—	8	—	20	—	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	3	—	14	—	2	—	1	—	11	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
5	—	—	—	—	—	1	—	1	—	56	—	30	—	—	—	29	1	1	—	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	24	1	1	—	—	—	1	—	1		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	2	—	15	2	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	8	—	—	—	39	2	5	—	—	—	20	—	—	—	9	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1	—	—	—	—	—	—	—	6	—	59	—	30	—	2	—	16	—	3	—	10	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	2	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1	—	—	—	—	—	9	—	145	15	—	—	—	—	12	—	9	—	1	—	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Uebersicht

über die in den allgemeinen Krankenanstalten und chirurgischen Kliniken ausgeführten Operationen

vom 1. Januar 1907 bis 31. Dezember 1907.

	Städt. Krankenhaus chirurg. Klinik	Heiliggeisthospital äussere Abteilung	Bürgerhospital äussere Abteilung	Hospital der Israelit. Gemeinde	Christsches Kinderhosp.	Neufvillesche Stiftung	Clementine Mädchen-Spital	Dr. Bockenheimersche chirurg. Klinik	Frankfurter Verein vom roten Kreuz	Vaterländisch. Frauen-Verein	Diakonissenanstalt	Diakon.- u. Krankenheil-Anst. d. Bethan.-Vereins	Elisab.-Krankenhaus d. barmherz. Schwestern	St. Josephskrankenhaus (Marienkrankenhaus) chirurg. Abteilung	Carolinum
I. Amputationen:															
1. der oberen Extremität	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	1	—
2. der unteren „	6	8	4	—	—	—	—	5	—	2	3	4	6	2	—
3. von Fingern oder Zehen	13	11	3	—	—	—	—	8	—	1	4	—	6	3	—
II. Exartikulationen:															
1. der oberen Extremität	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2. der unteren „	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3. von Fingern oder Zehen	5	5	2	—	—	—	—	—	—	—	1	2	6	5	—
III. Resektionen:															
1. der Gelenke	11	4	1	1	5	7	3	5	—	—	4	2	1	5	—
2. der Kontinuität	26	6	3	2	8	10	—	—	—	2	4	3	—	4	1
III a. Arthrotomien u. Arthrektomien	4	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	3	—
III b. Sehnenplastik	3	—	—	—	—	2	3	—	—	—	2	—	—	—	2
IV. Aufmeisselungen (Osteotomie, Nekrotomie):															
1. a) der Knochen des Schädels	13	5	3	—	1	11	1	4	20	6	16	4	3	9	1
b) der Knochen des Gesichts	—	—	3	1	—	1	—	2	—	13	—	—	1	1	—
2. der Knochen der oberen Extremitäten	1	2	1	—	—	—	1	—	—	—	4	1	—	1	—
3. der Knochen der unteren Extremitäten	5	8	4	3	3	—	2	—	—	—	4	3	2	4	2
4. der Wirbelsäule, Brust, Becken	—	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	4	—	—
V. Osteoplastische Operationen (einschliessl. Redressement)	—	10	—	—	5	31	16	2	—	3	3	—	—	6	1
VI. Einrenkungen:															
1. kongenital:															
a) obere Extremität	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
b) untere „	4	—	—	—	—	1	3	—	—	—	2	1	—	1	3
c) Sonstige	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Noch Tab. IIb.

	Städt. Krankenhaus chirurg. Klinik	Heiliggeisthospital äussere Abteilung	Bürgerhospital äussere Abteilung	Hospital der Israelit. Gemeinde	Christ'sches Kinderhosp.	Neufvillesche Stiftung	Clementine Mädchen-Spital	Dr. Bockenheimersche chirurg. Klinik	Frankfurter Verein vom roten Kreuz	Vaterländisch. Frauen-Verein	Diakonissenanstalt	Diakon. u. Krankenheil-Anst. d. Bethan.-Vereins	Elisab.-Krankenhaus d. barmherz. Schwestern	St. Josephskrankenhaus (Marienkrankenhaus) chirurg. Abteilung	Carolinum
2. erworben:															
a) obere Extremität	4	13	1	1	1	—	—	2	1	—	7	1	1	1	—
b) untere „	—	2	—	—	—	—	—	1	—	—	5	1	1	—	—
c) Sonstige	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
VII. Exstirpationen:															
A. von Geschwülsten:															
a) bösartigen:															
1. des Schädels	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
a) extrakraniell	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—
b) intrakraniell	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—
2. des Gesichts	8	2	2	—	—	1	—	1	1	—	—	2	1	2	2
3. des Halses	1	3	—	—	—	—	—	—	2	—	1	1	1	1	—
4. des Brustkorbes und seiner Bedeckungen	9	5	7	1	—	—	—	4	3	7	5	2	1	9	8
5. der Bauchdecken	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
6. der Bauchorgane (ausser Geschlechtsorganen)	10	—	—	4	—	—	—	—	—	1	—	7	—	—	—
7. der Geschlechtsorgane	6	—	—	2	—	—	—	3	30	—	5	5	—	1	—
8. der Harnorgane	3	1	—	—	—	—	1	—	1	—	—	1	—	—	—
9. der Extremitäten	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
10. Multiple Geschwülste u. sonstiges	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
b) gutartigen:															
1. des Schädels	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
a) extrakraniell	—	2	—	3	—	3	—	10	—	1	—	—	2	14	—
b) intrakraniell	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	2	—
2. des Gesichts	3	1	—	1	3	5	—	3	—	—	1	—	1	4	4
3. des Halses	31	1	—	—	—	3	—	6	—	—	6	—	—	6	8
4. des Brustkorbes u. seiner Bedeckungen	4	2	2	1	—	3	—	3	—	1	1	—	—	6	1
5. der Bauchdecken	1	1	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	3	1	—
6. der Bauchorgane (ausser Geschlechtsorganen)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
7. der Geschlechtsorgane	2	—	—	4	—	—	—	3	46	—	13	39	1	3	2
8. der Harnorgane	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	—	—	—
9. der Extremitäten	10	12	1	1	—	4	1	—	—	—	2	4	1	15	—
10. Multiple Geschwülste u. sonstiges	9	—	1	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	1	—

Noch Tab. II b.

	Städt. Krankenhaus chirurg. Klinik	Heiliggeisthospital äussere Abteilung	Bürgerhospital äussere Abteilung	Hospital der israelit. Gemeinde	Christsches Kinderhosp.	Neufvillesche Stiftung	Clementine Mädchen-Spital	Dr. Bockenheimersche chirurg. Klinik	Frankfurter Verein vom roten Kreuz	Vaterländisch. Frauen-Verein	Diakonissenanstalt	Diakon.- u. Krankenheil-Anst. d. Bethan.-Vereins	Elisab.-Krankenhaus d. barmherz. Schwestern	St. Josephskrankenhaus (Marienkrankenhaus) chirurg. Abteilung	Carolinum
B. von Organen (auch einzelner Teile derselben):															
1. Auge	1	—	—	—	—	—	—	35	—	—	—	1	—	—	—
2. Schilddrüse	2	10	—	—	—	—	—	—	2	3	3	7	1	—	—
3. Niere	—	2	—	—	—	—	—	—	—	1	—	4	—	—	1
4. Milz	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
5. Uterus	7	1	1	3	—	—	—	29	30	—	7	5	1	1	1
6. Ovarien nebst Adnexen	21	2	5	2	—	—	—	3	34	—	8	43	—	2	2
7. Hoden	6	1	—	—	2	—	—	—	—	1	1	6	1	8	—
8. Drüsen	35	10	6	5	—	7	8	—	—	9	10	10	6	1	—
9. Sonstige	23	2	4	—	—	1	16	—	—	18	—	2	—	—	2
VIIa. Fixation mobiler Organe:															
1. Niere	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2	—	—
2. Uterus	13	3	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	1	—
VIII. Laparatomien (ausser Geschwulstexstirpationen): (Siehe auch VII. A. No 6 u. VII. B. No. 4—6.)															
1. wegen Gallensteinen oder Leberleiden	20	3	—	3	—	—	—	—	1	4	2	4	1	9	1
2. wegen Magen- u. Darmleiden:															
a) Resektionen	15	1	2	—	—	—	—	—	2	1	3	4	2	6	2
b) Operation von Anastomosen	13	2	1	2	—	1	—	1	—	5	—	5	1	9	—
3. zur Anlegung oder Schliessung von Fisteln	10	1	2	3	—	2	—	2	—	4	3	3	—	3	—
4. wegen Verletzung oder Entzündung	57	2	—	1	—	—	1	1	—	2	1	2	—	—	—
5. Ileus	7	2	2	2	—	—	—	1	1	—	2	1	—	—	—
6. Operation von Hernien a) eingeklemmt:															
1. Nabel	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—
2. Leisten- und Schenkelbrüche	24	9	3	1	1	2	—	6	1	2	13	1	2	6	—
3. Sonstige	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—

Noch Tab. II b.

	Städt. Krankenhaus chirurg. Klinik	Heiliggeisthospital äussere Abteilung	Bürgerhospital äussere Abteilung	Hospital der israelit. Gemeinde	Christ'sches Kinderhosp.	Senckenbergische Stiftung	Clementine Mädchen-Spital	Dr. Bockenheimersche chirurg. Klinik	Frankfurter Verein vom roten Kreuz	Vaterländisch. Frauen-Verein	Diakonissenanstalt	Diakon. u. Krankenheil-Anst. d. Bethan.-Vereins	Elisab.-Krankenhaus d. barmherz. Schwestern	St. Josephskrankenhaus (Marienkrankenhaus) chirurg. Abteilung	Carolinum
b) nicht eingeklemmt															
1. Nabel	8	1	—	—	—	5	—	—	6	2	1	—	—	5	—
2. Leisten- und Schenkelbrüche	57	10	2	4	—	85	—	12	—	5	10	19	6	27	—
3. Sonstige	5	2	—	4	—	3	—	—	—	4	5	4	—	10	—
7. Explorative u. sonstige	12	12	2	—	—	1	—	—	—	—	4	6	—	18	—
VIIIa. Appendicitis-Operationen:															
1. bei akuter Entzündung:															
a) mit Entfernung des Wurmfortsatzes	118	36	15	3	8	9	3	—	20	15	13	11	17	24	2
b) ohne Entfernung des Wurmfortsatzes	—	—	1	—	—	3	—	13	—	—	1	—	1	9	—
2. während des Intervalls	25	12	8	12	—	3	1	—	5	18	7	29	3	47	2
IX. Repositionen:															
a) von Hernien	1	2	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—
b) Paraphimose	1	—	1	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—
X. Entfernung von Fremdkörpern:															
1. Kopf-, Brust- u. Bauchhöhle	3	3	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	1	—	—
2. Auge	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—
3. Ohr und Nase	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
4. Extremitäten	19	7	2	4	1	1	1	—	·	—	3	—	3	5	—
5. Sonstige	-	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
XI. Punktionen:															
1. Gelenke	11	6	—	—	—	10	—	—	—	1	2	—	—	1	—
2. Brusthöhle (auch Pleurotomie)	8	1	3	—	4	—	2	6	1	1	3	-	—	—	2
3. Bauchhöhle	9	2	—	2	—	—	—	7	—	—	-	—		—	—
4. Hydrozele	2	2	2	—		—	—	—	2		—	—	—	2	—
5. Sonstige	11	1	—	8	8	5	—	—	—	—	—	—	5	4	—
XII. Spaltungen:															
1. von Abszessen, Furunkeln etc. (z. T. mit Auslöffelung	326	71	6	31	45	26	18	108	6	13	37	20	57	57	7
2. Fisteln	9	6	6	—	1	1	3	4	—	—	—	10	—	5	—
3. Hydrozele	8	—	—	1	—	3	—	1	—	1	2	2	1	7	—
4. Phimose	6	—	2	—	—	4	—	5	—	—	—	1	—	13	—
5. Sonstige	11	2	8	—	—	—	1	—	—	2	—	—	—	5	—

Noch Tab. II b.

	Städt. Krankenhaus chirurg. Klinik	Heiliggeisthospital äussere Abteilung	Bürgerhospital äussere Abteilung	Hospital der israelit. Gemeinde	Christsches Kinderhosp.	Neufvillesche Stiftung	Clementine Mädchen-Spital	Dr. Bockenheimersche chirurg. Klinik	Frankfurter Verein vom roten Kreuz	Vaterländisch. Frauen-Verein	Diakonissenanstalt	Diakon.-u Krankenheil-Anst d. Bethan. Vereins	Elisab.-Krankenhaus d barmherz. Schwestern	St. Josephskrankenhaus (Marienkrankenhaus) chirurg. Abteilung	Carolinum
XIII. Auslöffelung u. Kauterisationen:															
1. von Geschwüren	14	2	3	1	18	2	—	2	—	—	14	—	2	1	3
2. von Geschwülsten		3	1	10	—	3	—	—	—	—	—	9	2	2	9
3. von Knochen	33	7	4	—	—	—	—	3	—	—	3	—	—	13	9
4. der Gebärmutter	—	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	67	—	—	—
XIV. Nähte oder Unterbindungen:															
1. Weichteile	20	18	12	12	9	5	—	83	—	—	—	2	20	4	—
2. Knochen	6	1	—	—	—	—	—	—	—	2	2	—	—	—	—
3. Sehnen oder Nerven	14	5	—	1	—	—	—	5	—	—	2	—	4	3	—
4. Unterbindungen grosser Gefässe in der Kontinuität (Aneurysma- Venektasien etc.)	9	2	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	3	4	—
XV. Plastische Operationen:															
1. kosmetische	4	2	—	2	—	—	—	1	—	4	2	—	3	—	—
2. funktionelle	7	1	—	10	1	—	—	—	—	8	5	19	5	1	2
3. wegen Missbildungen: a) Hasenscharten und Wolfsrachen	3	—	—	—	4	3	1	3	—	—	—	2	—	—	—
b) der Vesiko-Genital-Organe	—	4	—	—	—	3	—	—	39	—	8	—	—	1	12
c. Sonstige	2	1	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	9
XVa. Transplantationen	10	1	3	—	—	—	—	—	3	—	2	—	—	—	1
XVI. Nervenresektionen	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
XVII. Tenotomien und Myotomien	5	2	—	1	—	4	3	1	—	—	—	2	—	1	—
XVIII. Zahnextraktionen	10	—	—	—	3	—	—	26	—	—	—	—	—	—	—
XIX. Operation von Blasensteinen:															
1. mit Eröffnung der Blase	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—
2. Endovesikal	—	—	—	4	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
XX. Tracheotomien	11	1	1	1	13	1	—	2	2	1	—	—	—	—	—
XXI. Hämorrhoidaloperationen	9	2	3	5	—	—	—	4	3	—	5	5	1	2	—
XXII. Sonstiges	43	3	5	33	27	—	—	31	—	8	—	1	—	—	—

Tab. IIIa 1.

Uebersicht

über die in den **Frankfurter Entbindungs-Anstalten** behandelten Personen

vom 1. Januar 1907 bis 31. Dezember 1907

Kindslage	Städtische Entbindungs-Anstalt							Dr. Christsche u. v. Mühlensche Entbindungs-Anstalt							Dr. Neubürgers Entbindungs-Anstalt						
	Verlauf der Entbindung							Verlauf der Entbindung							Verlauf der Entbindung						
	Sa.	Normaler Verlauf	Gestörter Verlauf	Mutter		Kind		Sa.	Normaler Verlauf	Gestörter Verlauf	Mutter		Kind		Sa.	Normaler Verlauf	Gestörter Verlauf	Mutter		Kind	
				lebend	tot	lebend	tot				lebend	tot	lebend	tot				lebend	tot	lebend	tot
1. Hinterhauptlage	513	465	48	509	4	479	34	290	286	4	290	—	285	5	190	190	—	190		189	1
2. Vorderhauptlage	2	—	2	2	—	2	—	1	1	—	1	—	1	—	8	8	—	8	—	8	—
3. Stirnlage . . .	1	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
4. Gesichtslage .	4	2	2	4	—	3	1	1	1	—	1	—	1	—	1	1	—	1	—	1	1
5. Beckenlage . .	17	11	6	17	—	15	2	10	10	—	10	—	6	4	6	6	—	6	—	6	—
6. Querlage . . .	3	—	3	3	—	3	—	4	3	1	4	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—
7. Mehrgeburt . .	7	5	2	7	—	11	3	2	2	—	2	—	4	—	1	1	—	1	—	2	—
8. Fehlgeburt .	57	19	38	57	—	—	—	3	3	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Tab. III a 1.

Uebersicht

über die in den **Frankfurter Entbindungs-Anstalten** ausgeführten Operationen und Erkrankungen bei Schwangeren und Wöchnerinnen

vom 1. Januar 1907 bis 31. Dezember 1907.

	Städtische Entbindungs-Anstalt					**Dr. Christsche und v. Mühlensche Entbindungs-Anstalt**					Dr. Neubürgers Entbindungs-Anstalt				
	Summa	Mutter		Kind		Summa	Mutter		Kind		Summa	Mutter		Kind	
		lebend	tot	lebend	tot		lebend	tot	lebend	tot		lebend	tot	lebend	tot
1. Extraktion	17	17	—	13	4	4	4	—	4	—	—	—	—	—	—
2. Wendung	10	10	-	7	3	4	4	—	4	—	—	—	—	—	—
3. Zange	30	28	2†	27	3	3	3	—	3	—	2	2	—	1	1
4. Craniotomie	11	10	1†	—	11	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
5. Einleitung der künstlich. Frühgeburt	12	12	—	10	2	1	1	—	1	—	—	—	—	—	—
6. Sectio caesarea	4	4	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
7. Manuelle Placentarlösung	7	7	—	—	—	5	5	—	5	—	—	—	—	—	—
8. Placenta praevia	11	9	2*	5	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
9. Eklampsie	23	20	3	19	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
10. Puerperalfieber	2	2	—	—	—	3	3	—	3	—	—	—	—	—	—
11. Sonstige (Dammnaht etc.)	66	66	—	—	—	16	16	—	—	—	1	1	—	1	—

*) Unentbunden. †) Eklampsie.

Uebersicht

Tab. III a2.

über die in den Frankfurter **gynäkologischen Kliniken** verpflegten Personen
vom 1. Januar 1907 bis 31. Dezember 1907.

Namen der Krankheiten	Städtische Entbindungsanstalt	Dr. Kallmorgens Frauenklinik	Privat Frauen-Klinik von Prof. Dr. Sippel
1. (162) a) Krankheiten der Vulva	—	2	1
b) „ „ Vagina und Urethra	—	3	3
c) Vaginalfistel	1	—	—
d) Prolaps der Vagina	4	10	19
2. (163) a) Menstruationsanomalien	—	4	25
b) Parametritis	—	3	—
3. (165, 168) a) Entzündungen des Uterus	5	30	—
b) „ der Ovarien	—	9	4
c) „ „ Tuben	—	6	
4. (166) Metrorrhagia non puerperalis	—	2	3
5. (167) Lageveränderungen des Uterus	4	17	16
6. (170) Uterinschwangerschaft	39	7	4
7. (171) a) Ektopische Schwangerschaft	—	4	1
8. 56 A a e und 56 B a u. b) Geschwülste:			
I. Bösartige:			
1. der Vulva und Haut	—	—	1
2. der Vagina	—	—	2
3. des Uterus:			
a) des Cervix	—	4	5
b) des Corpus	—	3	—
4. der Ovarien	—	1	—
5. der Tuben	—	—	—
6. der Brüste	—	—	1
II. Gutartige:			
1. der Vulva und Haut	—	—	—
2. der Vagina	—	—	—
3. des Uterus:			
a) des Cervix	—	3	2
b) des Corpus	—	5	14
4. der Ovarien	—	7	9
5. der Tuben	—	—	—
6. der Brüste	—	1	1
9. (11. 172 und 175) Folgekrankheiten der Entbindung einschliesslich der Erkrankungen der Brüste	5	3	—
10. (23) Geschlechtskrankheiten:			
a) Syphilis	14	3	—
b) Tripper	27	4	—
c) Weicher Schanker	—	—	—

Uebersicht Tab. IIIa 8.

über die in den Frankfurter **gynäkologischen Kliniken** vorgenommenen Operationen

vom 1 Januar 1907 bis 31. Dezember 1907.

	Frankfurter Verein vom roten Kreuz	Vaterländischer Frauen-Verein	Diakonissen- und Krankenheilanstalt des Bethanien-Vereins	Dr. Kullmorgens Frauenklinik	Privatfrauenklinik von Prof. Sippel
I. Laboratomieen.					
A. Wegen Geschwülsten:					
1. des Uterus	52	5	14	5	14
2. der Ovarien	24	6	20	7	9
3. der Tuben	—	—	15	—	—
B. Wegen Entzündungen:					
1. des Uterus	—	—	—	—	
2. der Ovarien	—	—	—	—	} 4
3. der Tuben	12	4	3	2	
C. Entfernung von Organen aus anderen Gründen:					
1. des Uterus	—	—	—	—	—
2. der Ovarien	—	—	—	—	1
3. der Tuben	—	—	3	—	—
D. Ventrofixation	11	2	2	8	15
E. Ektopische Schwangerschaft und deren Folgezustände	16	1	4	2	1
F. Sonstige	—	—	—	3	3
II. Vaginale Operationen.					
1. Kolporrhaphie und Perineoplastik	15	} 15	2	8	14
2. Prolapsoperationen	32		9	6	5
3. Fisteloperationen	3	—	—	—	—
4. Dehnung oder Spaltung des Cervix	2	17	1	7	13
5. Plastische Operationen am Cervix	2	3	14	3	5
6. Ausräumung eines Aborts	63	27	15	8	4
7. Ausschabung des Uterus	95	46	52	34	38
8. Fixation des Uterus	22	3	5	3	2
9. Entfernung von submucösen Geschwülsten	16	4	6	3	1
10. Entfernung des Uterus	—	5	4	2	3
11. Vaginale Koeliotomie	—	1	—	—	—
12. Sonstige	—	5	10	4	9
II. Sonstige Operationen	—	9	—	4	5

Tab. IIIb 1.

Uebersicht

über die in den Frankfurter **Augenheilanstalten** behandelten Personen

vom 1. Januar 1907 bis 31. Dezember 1907.

Namen der Krankheiten	Frankfurter Augenheil-anstalt	Dr. Carls Augenklinik
1. (114a u. b) Erkrankungen der Augenlider	2	15
2. (114c Erkrankungen der Bindehaut:		
a. Blennorrhoe der Augen	1	—
b. Conjunctivitis granulosa	2	7
c. Sonstige Conjunctivitis	7	8
3. (114d) Erkrankungen der Lederhaut und der Hornhaut	88	127
4. (114e) Erkrankungen der Regenbogenhaut	5	20
5. (114f) „ der Linse	42	94
6. (114g) „ des Glaskörpers	—	3
7. (114h) „ der Gefässhaut	18	7
8. (114i) Glaukom	10	12
9. (114k) Erkrankungen der Netzhaut	5	5
10. (114l) „ der Sehnerven	3	10
11. (114m) Refraktionsanomalien	—	1
12. (114n) Lähmungen der Augenmuskeln:		
a) muskuläres Schielen	6	50
b) Lähmungen und Krampf der äusseren und inneren Augenmuskeln	—	2
13. (114o) Erkrankungen der Tränenorgane	2	48
14. (56 A, B.) Neubildungen:		
a) bösartige (ausser Gliom):		
1. der äusseren Bedeckungen	—	3
2. bulbäre	2	3
3. retrobulbäre	—	3
Gliom	—	2
b) gutartige	—	—
15. (37 a, e, f, q.) Verletzungen der Augen:		
a) Quetschungen	3	2
b) Wunden	13	27
c) Verbrennungen	3	15
d) Fremdkörper	5	6
16. (59 a) Zellgewebsentzündung	3	3
17. Nicht Augenkrank	10	—

Uebersicht Tab. IIIb 2.

über die in den Frankfurter **Augenheilanstalten** vorgenommenen Operationen

vom 1. Januar 1907 bis 31. Dezember 1907.

	Frankfurter Augenheilanstalt	Dr. Carls Augenklinik
A. Operationen an den Lidern und der Haut		
1. Ektropion- und Entropionoperationen, Operationen zur Beseitigung von Stellungsanomalien, Verwachsungen u. s. w. (Ptosis), Symblepharon u. a. (Trichiasis)	4	16
2. Ausschälung des Knorpels	2	1
3. Exstirpation des Tränensackes und der Tränendrüse	2	47
4. Exstirpation von Geschwülsten:		
a) von bösartigen	—	2
b) von gutartigen	—	
5. Durchschneidung der Trigeminusäste	—	—
6. Plastische Operationen zur Deckung von Defekten	—	9
7. Sonstiges	—	1
B. Operationen am Augapfel.		
1. Schieloperationen:		
a) Tenotomie	15	64
b) Operation am Antagonisten des Schielmuskels	4	29
2. Kataraktoperationen:		
a) Diszission	11	10
b) Extraktion:		
mit Iridektomie	29	35
ohne „	4	13
c) einfache Linearextraktion	3	18
d) Nachstaroperation	11	25
3. Iridektomie	17	27
4. Iridotomie	1	1
5. Sklerotomie	7	6
6. Entfernung von Fremdkörpern:		
a) mittels Magnet	5	3
b) sonstige	—	—
7. Entfernung des Augapfels:		
a) durch Enukleation	9	13
b) durch Exenteration	1	2
8. Pterygiumoperation und Tätowierung	3	6
9. Sonstiges	9	2
C. Orbitaloperationen		
1. Exenteration	—	—
2. Krönleinsche Operation	—	—
3. Punktion der Orbita	1	—
4. Sonstiges	—	—

Uebersicht

Tab. IV.

über die in den **Frankfurter Heilanstalten für Geistes- und Nervenkranke** behandelten Personen, 1907.

	Namen der Krankheiten	Städt. Irrenanstalt Behandelt	Städt. Irrenanstalt Gestorben	Dr Dornblüths Sanat. für Nervenkranke Behandelt	Dr Dornblüths Sanat. für Nervenkranke Gestorben	Dr. Rosenbaums Sanat. u. Wasserheilanstalt für israel. Nervenkranke Behandelt	Dr. Rosenbaums Sanat. u. Wasserheilanstalt für israel. Nervenkranke Gestorben
	I. Einfache erworbene Psychosen.						
1	Zwangsvorstellungen	—	—	1	—	2	1
2	Neurasthenie	11	—	22	—	—	—
3	Melancholie	5	—	3	—	6	1
4	Manie	5	—	—	—	6	—
5	Manisch-depressives Irresein	78	5	3	—	1	—
6	Erschöpfungspsychose	6	1	—	—	—	—
7	Katatonie	131	4	—	—	2	—
8	Hebephrenie	113	—	—	—	1	—
9	Dementia praecox	86	1	1	—	1	—
10	Chronische Verrücktheit	32	—	—	—	2	—
11	Kinderpsychose	2	1	—	—	—	—
	II. Konstitutionelle u. angeborene Psychosen.						
1	Erbl. degenerative Seelenstörung	19	—	1	—	—	—
2	Einfache Imbecillität	44	—	2	—	—	—
3	Associative Imbecillität	33	—	—	—	—	—
4	Idiotie	7	—	—	—	2	1
	III. Epileptisch-hysterische Formen.						
1	Einfache Epilepsie	54	—	1	—	—	—
2	Epilepsie bei Imbecillität oder Idiotie	15	—	—	—	—	—
3	Epilepsie mit Demenz	135	1	—	—	—	—
4	Epileptisches Irresein	8	—	—	—	2	—
5	Einfache Hysterie	23	—	2	—	—	—
6	Hysterisches Irresein	35	—	—	—	—	—
7	Gefängnispsychose	3	—	—	—	—	—
	IV. Alkohol- u. andere Intoxations-Psychosen						
1	Akuter Alkoholismus	37	—	—	—	—	—
2	Pathologischer Rausch	21	—	—	—	—	—
3	Delirium tremens	84	6	—	—	—	—
4	Akuter hallucinatorischer Alkoholwahnsinn	5	—	—	—	—	—

Noch Tab. IV.

	Namen der Krankheiten	Städt. Irren-Anstalt		Dr. Dornblüths Sanat. für Nervenkranke		Dr. Rosenbaums Sanat. u. Wasserheilanstalt für Israel. Nervenkranke	
		Behandelt	Gestorben	Behandelt	Gestorben	Behandelt	Gestorben
5	Chronischer Alkoholismus . . .	136	1	3	—	—	—
6	„ „ bei Imbecillität	42	—	—	—	—	—
7	Alkoholepilepsie	180	—	—	—	—	—
8	Morphinismus	5	1	—	—	—	—
9	Begleitdelirien:						
	a) bei fieberhaften Krankheiten	7	4	—	—	—	—
	b) bei Urämie, Karcinomkachexie etc.	14	6	—	—	—	—
	V. Psychosen bei organischen Hirnkrankheiten						
1	Dementia paralytica	144	30	1	—	1	—
2	„ aterioskleritica . . .	54	11	—	—	—	—
3	„ postapoplectica . .	21	9	—	—	—	—
4	„ senilis	92	24	—	—	—	—
5	Psychosen bei sonstigen organischen Hirnerkrankungen . . .	37	8	—	—	—	—

Vierter Teil.

Bericht über die Tätigkeit der wissenschaftlichen Institute im Jahre 1907.

Bericht über die Tätigkeit des Kgl. Instituts für experimentelle Therapie im Jahre 1907.

I. Prüfungstechnische Abteilung.

(Stabsarzt Dr. W. Berghaus).

Es wurden, abgesehen von der Prüfung der Streptokokkensera, des Tuberkulins etc. etc. folgende Diphtheriesera geprüft:

vom 1. Januar 1907 bis 31. Dezember 1907

1. 126 frische Sera,
2. einer Nachprüfung wurden unterzogen
   a) nach 6 Monaten 131 Sera;
   b) nach 2 Jahren 107 „ .

II. Bakteriologisch-Hygienische Abteilung.

(Prof. Dr. M. Neisser).

Es liefen ein:

Summa 1907 (1906)	von den Privatärzten 1907 (1906)	vom Krankenhause 1907 (1906)	von nicht-ärztl. Seite 1907 (1906)	von ausserhb. 1907 (1906)
3117 (2215)	1441 (1258)	1650 (958)	— (11)	26 (24)

Untersuchungsobjekte.

Folgende Untersuchungen wurden ausgeführt:

1.	Staphylokokken	19
2.	Pneumokokken	68
3.	Streptokokken	138
4.	Meningokokken	26

5.	Gonokokken	47
6.	Diphtheriebazillen	1624
7.	Tuberkelbazillen	106
8.	Milzbrandbazillen	1
9.	Typhusbazillen	292
10.	Paratyphusbazillen	158
11.	Dysenteriebazillen	8
12.	Influenzabazillen	59
14.	Proteus	2
15.	Pyozyaneus	2
16.	Tetanusbazillen	2
19.	Choleravibrionen	1
21.	Aktinomykose	1
22.	Dysenterieamöben	4
23.	Malariaplasmodien	4
24.	Ankylostomumeier	3
26.	Widal'sche Reaktion gegen Typhus	329
27.	do. gegen Paratyphus	416
28.	do. gegen Dysenterie	6
29.	Diazoreaktion	42
31.	Angina Vincenti	13
32.	Syphilisspirochäten	8
33.	Bacterium coli	32
34.	Blut, Galle, etc. auf Bakt.	73

III. Experimentell-Biologische Abteilung.
(Prof. Dr. H. Sachs).

Es wurden ausgeführt:
6 forensische Untersuchungen mit 22 Objekten.

IV. Abteilung für Krebsforschung.
(Prof. Dr. H. Apolant).

Neben der zur Berichterstattung nicht geeigneten speziellen Karzinomuntersuchung sind 26 Blutfälle für klinische Diagnose zum teil fortlaufend untersucht worden.

Der Direktor:
Professor P. Ehrlich.

Bericht über das Neurologische Institut im Jahre 1907.

Das Jahr 1907 war für das Institut durch den Umzug in die von der Dr. Senckenbergischen Stiftung gewährten neuen Räume ein besonders wichtiges. Es stehen jetzt 2 Säle und 6 Zimmer, dazu das Mitbenutzungsrecht an einigen Räumlichkeiten der neuen Anatomie zur Verfügung. Ausserdem bietet die räumliche Nähe des Krankenhauses die erwünschte Gelegenheit zu einem Zusammenarbeiten mit dessen Aerzten.

Der Vergrösserung des Institutes entspricht eine Vermehrung des Personales. Der bisherige Assistent Doz. Dr. Ariens Kappers aus Amsterdam übernahm als Abteilungsdirektor die normale und vergleichende Anatomie, für die Pflege der Pathologie wurde Herr Doz. Dr. Vogt aus Göttingen berufen. Fräulein P. Meyer wurde Assistentin und an die dadurch frei werdende Stelle einer Präparatorin trat Frln. Anna Meyer. Dazu kam noch ein im Photographieren ausgebildeter technischer Helfer. Anlässlich dieser Neueinrichtungen und des Umzuges wurden dem Institute viele Hunderte von Glückwünschen aus der ganzen Welt dargebracht, an denen sich ausser Gelehrten auch die wichtigsten neurologischen etc. Gesellschaften beteiligten. Dann brachten Festschriften dar die Herren Dr. Wallenberg in Danzig, Doz. Dr. Bing in Basel, Dr. Holmes in London, Prof. Livini in Padua, DDr. Kohnstamm und Quensel und Dr. Ariens Kappers hier. Ferner erhielt etwas später das Institut wertvolle Geschenke an Büchern, besonders von Prof. Retzius in Stockholm und Prof. Ernst v. Leyden; die Erben der Frau R. Merton übergaben eine ansehnliche Summe, aus der Beihilfen für wissenschaftliche Arbeiten gezahlt werden können. Die Räume wurden am 15. Oktober bezugfertig. Seitdem, bis zum Ende des Jahres, arbeiteten da drei deutsche und zwei italienische Herren. Die Sammlung wurde durch Zusendungen aus mehreren deutschen Hospitälern und Irrenanstalten, dann durch Tiergehirne aus zoologischen Gärten und zoologischen Stationen sehr gefördert, so dass jetzt schon überaus reiches Arbeitsmaterial zur Verfügung steht.

Das Institut hat sich durch Vorträge an den Arbeiten des ärztlichen Vereines und der Krankenhausgesellschaft beteiligt.

Eine Anzahl wissenschaftlicher Arbeiten sind erschienen.

Herr Dr. Vogt las: Ueber die Entwicklung der Psyche. Herr Dr. Kappers gab ein histol. Privatissimum.

Edinger.

Bericht über die Tätigkeit des Dr. Senckenbergischen pathologisch-anatomischen Institutes für das Jahr 1907.

Vom 1. Januar bis 31. Dezember 1907 wurden vom pathologischen Institut aus 1102 Sektionen ausgeführt (gegen 1082 im Vorjahr).

Ferner wurden 1504 mikroskopische Untersuchungen (im Jahre 1906: 1588) für hiesige und auswärtige Aerzte vorgenommen.

14 einheimische und 12 auswärtige Herren und eine auswärtige Dame arbeiteten im Institut. Von den auswärtigen waren 10 aus Deutschland, 1 aus Italien, 1 aus Russland, 1 aus Indien.

Wie bisher waren einige Studenten (6 Herren, 1 Dame) in den Ferien zu ihrer weiteren Ausbildung im Institute tätig.

In den Sitzungen des Aerztlichen Vereins wurden regelmässig Präparate demonstriert.

Seit Februar 1907 erscheint die „Frankfurter Zeitschrift für Pathologie" unter der Redaktion des Herrn Professor Dr. Albrecht.

Das Institut konnte Anfang Oktober das neue Gebäude an der Gartenstrasse beziehen.

Dr. E. Goldschmid.

Fünfter Teil.

Aerztliches Fortbildungswesen.

Die geschäftliche Leitung der Kurse wurde ebenso wie in den früheren Jahren vom Ortsausschusse geführt.

Demselben gehören an: der Oberbürgermeister Dr. Adickes als Vorsitzender, der Stadtarzt, Sanitätsrat Dr. Koenig als Schriftführer und stellvertretender Vorsitzender und die Herren: Geh. San.-Rat Dr. de Bary, Professor Dr. Edinger, Geh. Ober-Mediz.-Rat Professor Dr. Ehrlich, Professor Dr. Lüthje, Professor Dr. Rehn, Geh. Med.-Rat Dr. Schmidt, Exz., Professor Albrecht und Direktor Professor Dr. Sioli.

Es wurden 14 Kurse abgehalten, gegen 11 im Vorjahre.

Im Ganzen waren gemeldet 142 Teilnehmer gegen 124 im Vorjahre; darunter 16 Assistenten gegen 6 im Vorjahre.

Vorträge wurden über folgende Thematas gehalten:

1. Dr. Brodnitz: Ausgewählte Kapitel der Unfallheilkunde mit besonderer Berücksichtigung der Begutachtung und Behandlung Unfallverletzter (Demonstrationen).
2. Geh.-Rat Dr. Ehrlich: Eiweissbiologie.
3. Dr. Emden: Ausgewählte Kapitel aus der Pathochemie.
4. Professor Dr. Edinger: Phylogenie der nervösen Funktionen; Einleitung in die Psychologie mit anatomischen Demonstrationen.
5. Professor Dr. Herxheimer: Demonstrationskursus der Haut- und Geschlechtskrankheiten.
6. Professor Dr. Knoblauch: Klinische Demonstrationen aus dem Gebiete der Neurologie.
7. Professor Dr. Lüthje: Ausgewählte Kapitel der speziellen Pathologie.

8. Professor Dr. Neisser: Infektion und Desinfektion.
9. Professor Dr. Rehn: Ausgewählte Kapitel aus der Chirurgie.
10. Professor Dr. Sioli: Dementia praecox und ihre Begrenzung.
11. Dr. W. Streng: Klinische Demonstrationen.
12. Professor Dr. Treupel: Klinische Demonstrationen.
13. Geh.-Rat Dr. Vömel: Ausgewählte Kapitel der Geburtshilfe und Gynäkologie. Geburtshilfliche Operationen, sowie Pflege und Ernährung der Säuglinge.
14. Professor Dr. Voss: Ausgewählte Kapitel der Ohrenheilkunde.

An diesen Kursen nahmen teil:

81	Aerzte	an	1	Kurs
32	„	„	2	Kursen
11	„	„	3	„
9	„	„	4	„
2	„	„	5	„
3	„	„	6	„
1	Arzt	„	7	„
2	Aerzte	„	8	„

Abrechnung.

a) Einnahmen:

1.	Kassenbestand vom Vorjahr	M.	1 209.42
2.	Einschreibegebühr und Beiträge	„	484.—
3.	Zinsen	„	35.42
		Sa. M.	1 728.84

b) Ausgaben:

1.	Diverse laut Buch	M.	190.71
	für Einkassierung der Beiträge M. (15) / für Schreibgebühren . . . . M. (50)	(enthalten in Summa Nr. 1)	
2.	Markenbestand	M.	8.61
3.	Baar	„	80.43
4.	Sparkasse	„	1 420.09
5.	Ausstehende Beiträge	„	29.—
		Sa. M.	1 728.84

Jahresbericht

des

Aerztlichen Vereins

zu

Frankfurt a. M.

1908.

München
Verlag von J. F. Lehmann
1910.

Jahresbericht

des

Aerztlichen Vereins

zu

Frankfurt a. M.

1908.

München
Verlag von J. F. Lehmann
1910.

INHALT.

Erster Teil:

Sachregister.

Vorträge.

Demonstrationen, Mitteilungen.

Geschäftliches.

Autorenregister.

Vorträge.

Demonstrationen.

Geschäftliches.

Zweiter Teil:

Dritter Teil:

Vierter Teil:

Fünfter Teil:

Erster Teil.

Wissenschaftliche Sitzungsberichte des Aerztlichen Vereins.

Sonderdruck aus der Münchener medizinischen Wochenschrift.

Ordentliche Sitzung vom 6. Januar 1908, abends 7 Uhr im Hörsaal der Senckenbergischen Bibliothek.

Vorsitzender: Herr Edinger.
Schriftführer: Herr Cahen-Brach.

Der Vorsitzende Herr Sippel teilt nach der Protokollverlesung mit, dass er am 25. Dezember v. Js. mit Herrn Cahen-Brach dem langjährigen Vereinsmitglied Herrn Geh. Sanitätsrat Dr. Bockenheimer zu seinem 70. Geburtstage die Glückwünsche des Vereins überbracht habe. Er spricht hiernach allen denen, die ihn im vergangenen Jahre im Verein unterstützt hätten, seinen Dank aus und übergibt sein Amt seinem Nachfolger.

Herr Edinger widmet seinem Vorgänger Worte des Dankes und der Anerkennung.

Für den aus dem Ausschuss für Standesfragen ausscheidenden, zum II. Schriftführer gewählten Herrn Scheven wird Herr Ed. Kömpel als Ersatzmann gewählt.

Der Vorsitzende verliest ein Schreiben des hiesigen Apothekervereins, in dem dieser seine Zustimmung erklärt, dass die Liste der am Sonntag diensttuenden Aerzte den Apotheken bekannt gegeben wird.

Herr **Jacobsthal: Demonstrationen aus dem Pathologischen Institut.**

1. **Aortenruptur mit Hämoperikard** bei luetischer Aortitis, chronische interstitielle und parenchymatöse Nephritis.

55 jähriger Patient war ½ Jahr wegen chronischer Nephritis in Behandlung, am Morgen seines Todestages trat eine verhältnismässig schnell zurückgehende linksseitige Lähmung auf; abends beim Aufrichten plötzlicher Kollaps und schneller Tod.

Bei der Autopsie findet sich der Herzbeutel prall angefüllt mit Blut, Riss an der rechten Seite des Bulbus aortae, intraperikardial 3,5 cm lang. Ungefähr 500 ccm frisches Blut im Herzbeutel. Die Aorta 4 cm oberhalb der Klappe durch schräg nach oben verlaufenden Riss mit glattem Rand verletzt. Bluterguss in das periaortale Bindegewebe — innerhalb des Perikards. Durchbruch durch den erwähnten Riss in den Herzbeutel. Luetische, mit Narbenbildung einhergehende Aortitis im Anfangsteil der Aorta, sehr geringgradige Arteriosklerose. An den Nieren, neben den Zeichen der interstitiellen Nephritis auch stärkere parenchymatöse Nephritis. Im Gehirn, ausser

2 älteren kleinen Erweichungsherden im linken Okzipitallappen und rechten Parietallappen keine der Hemiplegie entsprechenden Herde.

Es handelt sich mit grosser Wahrscheinlichkeit um eine beginnende Urämie mit Drucksteigerung im arteriellen Kreislauf, die zu der Ruptur der durch die Lues weniger widerstandsfähig gewordenen Aorta geführt hat. Urämische Hemiplegien häufig ohne entsprechenden pathologisch-anatomischen Befund. Mechanismus der Wirkung des Hämoperikards auf den Gesamtkreislauf (Schema).

2. **Pick sches Syndrom bei Lues hereditaria.**

1 Jahr und 6 Monate altes Mädchen, vor einiger Zeit wegen luetischen Exanthems erfolgreich behandelt. Bei der Autopsie finden sich Hutchinson sche Zähne. Beide Pleuren, das Perikard, die Därme fibrös verwachsen. Dilatation des verfetteten Herzens. Derber Milztumor.

Fälle von luetischer fibrinöser Perikarditis, Peritonitis und Pleuritis sind kaum beschrieben, ausser durch lokale Ursachen (Gummata) bedingte. Hier handelt es sich um eine ausgesprochene Polyserositis, ähnlich wie sie Pick für Erwachsene beschrieben hat. Zur Erklärung des sehr seltenen Krankheitsbildes könnte man wohl heranziehen, dass sich als hervorstechendste Zeichen kongenitaler Lues zuweilen leicht hämorrhagische seröse Ergüsse in allen Körperhöhlen finden und dass solche Ergüsse in diesem Falle ausnahmsweise nicht zum Tode geführt haben, sondern sich eine organisierte chronisch adhäsive Entzündung herausgebildet hat.

3. **Sarkom der rechten Thyreoidea.**

60 jähr. Frau, vor ¾ Jahr wegen „Struma" retrosternalis operiert, doch lediglich tracheotomiert und Hummerschwanzkanüle eingelegt. Bei der Autopsie fand sich ein Sarkom, das vom unteren Teil des rechten Schilddrüsenlappens ausgeht, ihre Kapsel durchbrochen hat, längs des Bindegewebes sich kontinuierlich nach unten zu nach der oberen Thoraxapertur, links und rechts als derber, apfelgrosser Tumor entwickelt hat. Kompression der rechten Subklavia ohne Thrombose. Nirgends Metastasen. Regionäre Lymphdrüsen nicht vergrössert, vielmehr wuchert der Tumor genau wie in andere Gewebe kontinuierlich in sie hinein. Ausserordentlich derbe Tumorinfiltration zwischen Trachea und Oesophagus, Oesophaguswand selbst im oberen Teil infiltriert, was die Schluckbeschwerden erklärt. Trachea nur geringgradig stenosiert. Kleines dekubitales Geschwür durch die Kanüle. Die Atembeschwerden, die das Krankheitsbild in den letzten Tagen vor dem Tod beherrschten, beruhten auf völliger Ummauerung von Tumorinfiltration der beiden Nervi phrenici und recurrentes vagi.

Diskussion: Herr Deutsch macht zu dem Falle von Struma maligna klinische Bemerkungen.

Herr **Lilienstein**-Bad Nauheim: **Gehirn eines Falles von juveniler Paralyse.**

Das Gehirn stammt von einem 21 jährigen Mädchen. Keine neuropathische Belastung in der Familie. Der Vater zeugte das Kind ca. 3½ Jahre nach einer luetischen Infektion, die er sich vor der Ehe zugezogen hatte.

Die Pat. entwickelte sich vollkommen normal bis zu ihrem 16. Lebensjahr. Keine Krämpfe, Absencezustände und dgl.

Ohne erkennbare äussere Veranlassung änderte sich zuerst das psychische Verhalten mit 16 Jahren. Das Kind klagte über Müdigkeit schon nach geringen Anstrengungen, blieb oft den halben Tag zu Bett, zeigte wenig Interesse für die Umgebung. Es war reizbar, launig, deprimiert. In diesem Zustand wird bei allen organischen Hirnkrankheiten erfahrungsgemäss häufig die Diagnose Hysterie oder Neurasthenie gestellt. Die allgemeine Schwäche nahm allmählich und stetig zu. Zirka drei Jahre nach Beginn der ersten Erscheinungen lag die Pat. dauernd zu Bett, die Sprache und das Gehen war erheblich erschwert.

Als ich die Pat. zuerst sah, ca. 4 Jahre nach dem Beginn der Erkrankung, war der körperliche und psychische Verfall noch stärker vorgeschritten:

Die Patientin lag zusammengekauert im Bett, hatte den Urin, trotz sorgsamster Pflege, unter sich gehen lassen. Der ganze Körper war stark abgemagert. Es bestanden Spasmen in Armen und Beinen. Den passiven Bewegungen wurde in allen Gelenken starker Widerstand entgegengesetzt. Die Gesichtsmuskulatur war wenig bewegt. Nur zeitweise wurde die Stirn grimmassierend gerunzelt, es bestand ein eigenartiges nystagmusähnliches Zittern der Bulbi und ein in Intervallen wiederkehrendes Nicken des Kopfes. Beide Pupillen zeigten keine Reaktion auf Lichteinfall, die Konvergenzreaktion war erhalten. Sehnen- und Periostreflexe waren gesteigert. Gehen und Stehen war unmöglich. Die Sprache war auf unartikulierte Laute reduziert.

Die Patientin machte eine Skarlatina mit hohem Fieber durch. In dieser Zeit schritt der Verfall noch weiter fort. Der Puls wurde sehr schwach, es bildete sich ein leichter Dekubitus. Der Tod erfolgte unter den Erscheinungen der Herzschwäche.

Bei der Sektion zeigte sich die Dura besonders über dem Stirn- und Scheitelhirn adhärent. Die Pia war überall vollständig glatt und durchsichtig, nur über dem Stirnhirn war sie erheblich verdickt und getrübt. Ausgesprochener Hydrocephalus externus et internus. Das Gehirn wiegt nur 850 g. Die Gyri sind verschmälert, die Sulci besonders am Stirnhirn vertieft und verbreitert. Die Rinde ist ausserordentlich schmal. Der III. Ventrikel ist stark erweitert.

Nach dem anatomischen Befund, ganz besonders im Zusammenhalt mit dem klinischen Verlauf des Falles, der allmählichen Entwicklung ohne stärkeres Hervortreten von Herdsymptomen, dem Paralellismus von psychischen und somatischen Funktionsstörungen, kann an der Diagnose der progressiven Paralyse nicht gezweifelt werden. Auch die Lues des Vaters spricht für diese Diagnose. So wichtig und verbreitert die Gehirnerweichung der Erwachsenen in der Praxis auch ist, die jugendliche Paralyse wird ausserhalb der Anstalten nicht allzu häufig beobachtet.

Die Untersuchung des Falles war leider keine sorgfältige. Die zytologische Untersuchung des Liquor cerebrospinalis, die serologische Untersuchung des Blutes sowie die mikroskopische Untersuchung der Rinde musste aus äusseren Gründen unterbleiben.

Herr Scheffen: a) **Missbildung (Hernia diaphragmatica)** bei **einem Neugeborenen.**

b) **Zur Frage der Hebotomie.** (Mit Demonstration von 2 Fällen.)

Diskussion: Herr Kannegiesser zeigt die Photographie eines parallelen Falles aus der Leopoldschen Klinik in Dresden: Defekt der linken Zwerchfellseite, durch den der Magen, der Dünndarm und ein Teil des Dickdarmes in die linke Pleurahöhle ausgetreten war.

Des weiteren berichtet er über eine 3. Hebotomie in Frankfurt, die tags zuvor durch Herrn Bücheler in Gegenwart der Herren Nebel, Kutz und Kannegiesser operiert wurde und durchaus glatt verlief (30 jähr. I. Para, allgemein und plattrachitisches Becken, Vera 7½ cm. Kreisst seit 2 Tagen. Muttermund seit 15 Stunden fast vollständig erweitert. Kopf in Vorderscheitelbeineinstellung beweglich im Beckeneingang. Beim Blasensprengen geht Mekonium ab. Hebotomie (rein subkutan), Impression des Kopfes, Forzeps. Episiotomie. K. 52, 3300. Frontookzip. Kopfumfang 35 cm. Keine Nebenverletzung.) K. bekennt sich im Gegensatz zum Vorredner als Freund der beckenerweiternden Operationen, und zwar auf Grund seiner Beobachtungen an 51 Hebotomien der Leopoldschen Klinik, von denen er 40 Fälle selbst operieren konnte. Bedauerlich sei nur, dass die Operation nur in Ausnahmefällen (bei sehr breiter Diastase des Beckenschnittes und bei beweglich bleibendem „Schaltstück" eine dauernde Erweiterung ergebe, wie an einer Reihe von Geburten nach der Hebotomie festgestellt wurde. Trotzdem werde die (rein subkutane) Hebotomie voraussichtlich auch in Zukunft das übliche beckenerweiternde Verfahren bleiben und nicht die weit eingreifenderen osteoplastischen Eingriffe wie die Credésche Pelvioplastik ausserhalb der Schwangerschaft.

Herr Sippel: Wenn nur der über die Hebotomie mitreden darf, welcher die Operation an der Lebenden ausgeführt hat, so muss ich schweigen, denn ich habe sie nur an Leichen vorgenommen. Wenn aber die so zahlreichen Veröffentlichungen über diesen Gegenstand mehr bedeuten, als ein Färben von Papier mit Druckerschwärze, so muss ihr Studium die Möglichkeit und das Recht geben, Kritik zu üben. Das Urteil, welches ich mir über die Frage gebildet habe, ist folgendes: Die Hebotomie bedeutet eine ausserordentlich dankenswerte Bereicherung unserer therapeutiscchen Massnahmen, welche nie wieder von der Tagesordnung verschwinden wird. Aber sie ist es nicht in dem Umfang, wie die Enthusiasten annehmen. Sie ist es nur in dem Umfang ganz bestimmter Indikationen, welche bedingt werden einmal durch die Grösse des Beckens nach oben und nach unten. Ich halte es für zweifellos, dass eine Anzahl Hebotomien ausgeführt wurden, bei denen auch ohne diese Operation die Geburt eines lebenden Kindes erzielt worden wäre. Ebenso glaube ich, dass auf der anderen Seite einzelne beckenerweiternde Operationen vorgenommen wurden, wo die Sectio caesarea oder die Perforation vorzuziehen gewesen wäre. Zweitens wird die Indikation bedingt durch die Grösse des kindlichen Kopfes und nicht zum mindesten durch die Beschaffenheit der Weichteile des Beckens. Nur bei solchen räumlichen Missverhältnissen von Kopf und Becken, bei denen die spontane

Geburt eines lebenden Kindes mit Sicherheit auszuschliessen ist, darf die Operation gemacht werden. Die Entscheidung dieser Frage halte ich aber für eine der schwierigsten, wenn nicht für die schwierigste, welche die Geburtshilfe stellt, denn sie ist für jeden einzelnen Fall eine individuelle. Ferner würde ich die Operation nur dann für angezeigt halten, wenn die räumlichen Missverhältnisse nicht zu grosse sind, wenn an die Operation nicht zu grosse Anspüche gestellt werden bezüglich des Auseinanderweichens der durchsägten Knochen und wenn eine genügende Nachgiebigkeit der Weichteile die Gewähr gibt, dass nicht in ihrer Ausdehnung völlig unkontrollierbare Zerreissungen durch die Geburt eintreten. Nur innerhalb dieser Grenzbestimmungen glaube ich wird die Operation ein dauerndes Recht und eine dauernde Zukunft finden. Verlangt man mehr von ihr, so wird sie an Kredit einbüssen und ihre Konkurrenzfähigkeit gegenüber anderen Operationen verlieren, denn nur innerhalb dieser Grenzbestimmungen wird die Prognose für Kind und Mutter günstig sein. Operiert man bei zu grossen räumlichen Missverhältnissen und zu straffen Weichteilen, so schafft man jene Situationen, in denen man völlig dem blinden Zufall überlassen muss, was alles zerreisst und auseinandergeht. Ein solches Vorgehen, bei dem man eine jede Einwirkung auf den Umfang der entstehenden Verletzungen aus der Hand gibt, dürfte nicht mit dem chirurgischen Empfinden und Verantwortlichkeitsgefühl eines jeden in Einklang stehen. Abgesehen von den Gefahren für das Leben, welche damit verknüpft sind, werden dadurch jene zahlreichen bleibenden, zum Teil irreparablen Schädigungen der Mutter veranlasst, die mehr und mehr bekannt werden. In diesen Fällen wird, wenn sie aseptisch in Behandlung kommen, die in ihrer Tragweite vollkommende zu beherrschende, technisch zuverlässige Sectio caesarea rel. nach wie vor die berechtigte Operation bleiben. Erhält man die Fälle infiziert, so sehe ich auch jetzt noch in der Perforation den berechtigten Eingriff. Hat man Gelegenheit, Fälle von mittlerem Grad der Beckenenge schon während der Schwangerschaft in Behandlung zu bekommen, so werde ich nach wie vor trotz der von einzelnen Seiten erfolgten ablehnenden Haltung die künstliche Frühgeburt zur Ausführung bringen. Meine Erfahrungen, die ich als Schüler Dohrns auf diesem Gebiete sammeln konnte, sowie eine Reihe eigener Erfahrungen geben mir neben den zahlreichen Mitteilungen anderer das Recht dazu. Freilich stellt die künstliche Frühgeburt an die Asepsis und die Geduld des Geburtshelfers weit grössere Anforderungen, als die Durchsägung des Schambeins.

Die Frage der Hebotomie ist noch nicht abgeschlossen. Sie ist noch in der Entwicklung. Ich glaube bestimmt, dass sie ihre Entwicklung in der Richtung nehmen wird und muss, die ich im Vorhergehenden skizziert habe.

Herr Flesch: Demonstration.

Herr Edinger berichtet namens der in der vorigen Sitzung eingesetzten Kommission zur Stellungnahme zu dem vom Frankfurter Gesamtverband gegen den Alkoholismus eingegangenen Schreiben. Er erwähnt, dass es der Verein freudig begrüssen müsse, wenn er seit langer Zeit wieder zum ersten Male aufgefordert werde, in einer so

wichtigen hygienischen Frage das Wort zu ergreifen. Die Kommission schlage vor, der Verein möge eine von den Mitgliedern der Kommission unterzeichnete, den regelmässigen Alkoholgenuss verurteilende Notiz, die er zur Verlesung bringt, den Blättern zustellen.

Herr Laquer spricht sich gegen diesen Antrag aus. Jeder Arzt habe Gelegenheit, bei seinen Patienten Propaganda für die Alkoholabstinenz zu machen. In den deutschen Brauereien sei ein Kapital von 1 Milliarde Mark investiert. Wolle man gegen jene in einen offenen Kampf eintreten, so koste dies viel Geld, ohne dass man eine grosse Wirkung erziele.

Herr Lilienstein befürchtet, dass die von der Kommission vorgeschlagene Resolution nur als Reklame für die Brauereien wirke. Im Gegensatz zum Vorredner ist er jedoch nicht der Meinung, dass die Gesamtheit der Aerzte sich ein wesentliches Verdienst um den Fortschritt der Mässigkeitsbewegung erworben habe. Dieses Verdienst gebühre in erster Linie dem zielbewussten Arbeiten der abstinenten Aerzte. (Allgemeines Oho!)

Herr Flesch tritt energisch dafür ein, dass der Verein als solcher und nicht die Kommission in der Angelegenheit Stellung nehmen solle. Er dürfte nicht die Gelegenheit verpassen, da es ihm nahegelegt worden sei, eine hygienische Forderung zu erfüllen. Eine Brauerei hätte die Frechheit gehabt, eine in ein wissenschaftliches Gewand gekleidete Broschüre hinauszusenden, in der das Bier als eine Art Volksnährmittel hingestellt werde. Diesem Missbrauch der Wissenschaft müsse der Verein entgegentreten mit der Erklärung, dass der regelmässige Genuss von Alkohol auch in kleinen Mengen schädlich wirke.

Herr Eiermann wünscht, da eine Provokation des Vereins nicht vorliege, keine Zeitungspolemik. Werde die Veröffentlichung einer Erklärung beschlossen, so solle die Kommission womöglich mit Namen unterzeichnen.

Im gleichen Sinne spricht sich Herr Sippel aus. Man möge dem Vorsitzenden des Antialkoholverbandes, Herrn Pelissier, eine von der Kommission ausgearbeitete Antwort senden.

Herr Laquer wendet sich gegen die Absendung eines Gutachtens zur eventuellen Veröffentlichung.

Nachdem noch Herr Siegel wegen der vorgeschrittenen Zeit eine Vertagung der weiteren Diskussion beantragt, Herr Benario den Wunsch geäussert hatte, es möchte über die Alkoholfrage ein orientierender Vortrag gehalten werden, beschliesst die Versammlung die Vertagung.

Ordentliche Sitzung vom 20. Januar 1908, abends 7 Uhr im Hörsaal der Dr. Senckenbergischen Bibliothek.

Vorsitzender: Herr Edinger.
Schriftführer: Herr Cahen-Brach.

Protokollverlesung.

Der Vorsitzende widmet dem verstorbenen früheren Vereinsmitgliede Herrn Sanitätsrat Oskar Lange-Darmstadt einen warmen Nachruf.

Als ordentliches Mitglied wird Herr Robert Baumstark aufgenommen. Ausgetreten ist wegen Wegzugs Herr O. Dornblüth. Als ordentliche Mitglieder haben sich angemeldet Herren DDr. Heinrich Hauschild, Ludwig Wild, Adolf Würzburger, als ausserordentliches Herr Oberstabsarzt und Regimentsarzt Dr. Fritz Osann.

Der Vorsitzende berichtet, dass er der vor kurzem vollzogenen Einweihung des neuen Heims des physikalischen Vereins beigewohnt und die Glückwünsche des Vereins überbracht habe. Ferner erwähnt er die bauliche Veränderung im akustisch so mangelhaften Hörsaal in Gestalt einer festen baldachinartigen Ueberdachung des Podiums.

Eingegangen ist u. a. ein Schreiben vom Vorstand des Aerzteverbandes über seine Neuwahl.

Herr **Goldschmid: Demonstrationen aus dem Pathologischen Institut.**

1. **Uterusruptur.** Ca. 30jährige Frau, die früher 7 Partus gut überstanden hat. Dieses Mal verschleppte Schieflage. Ein Arm hatte schon 3 Stunden zur Vagina herausgehängt, bis die Wendung vorgenommen wurde; nach Bericht des Arztes habe es dabei geblutet; Dammriss. Mit peritonitischen Erscheinungen wurde die Patientin in die Stadt eingeliefert, Operation verweigert. Schwere Ileuserscheinungen, dann Laparotomie. 24 Stunden später Exitus. Bei der Sektion fand sich eine ausgedehnte purulente Peritonitis, die linke Tubenecke eingesunken, der Douglas abgedeckt, schmierig belegt. Venen frei. Uterus im Zervixteil links 1,5 cm oberhalb des

Orificium externum rupturiert, für den Finger leicht durchgängig; die Uterina intakt.

2. **Leberabszesse.** 31 jährige Frau wegen typischer Syringomyelie in Behandlung. Schwere Tuberkulose der Lungen, des Kehlkopfs, besonders des Darmes, in dem nur einzelne Schleimhautinseln erhalten sind. Grosse Leber mit weichen, rotgelben, überfaustgrossen, an der Oberfläche sichtbaren Knoten, besonders im rechten Lappen. Beim Einschneiden finden sich zerklüftete, unscharf begrenzte Kavernen mit dicklichem, grüngelbem Eiter. Tuberkulose weder im Eiter noch im Lebergewebe der betreffenden Stellen nachzuweisen. Die Gallenblase beträchtlich vergrössert, mit lehmigen Massen gefüllt, die Schleimhaut verödet: feste Einkeilung eines Steines im Ductus cysticus.

3. **Cholangitis und Pericholangitis purulenta.** 49 jährige Frau mit Choledochusverschluss durch einen hinter der Papille eingekeilten Stein. Cholecystitis chronica. Sehr weite Gallengänge. Die Gallenblase stark geschrumpft (kirschgross), die Wand karzinomatös degeneriert. Myodegeneratio. Diabetes. Multiple Tumoren (Fibroepitheliome der Haut, Schleimhautpolypen des Darmes, Hypernephrom der einen Niere, subseröse Lipome des Magens).

4. **Abortplazenta** aus dem 3. Schwangerschaftsmonat; 4 Monate lang nach Ausstossung des Foetus reizlos zurückbehalten (Prof. Sippel).

5. **Myosarkom** des Uterus mit Lymphzyste der linken Tubenecke (Dr. Gottschalk).

Diskussion: Herr Sippel hebt die eminente Seltenheit des Vorkommnisses hervor, dass eine Plazenta mit Eihäuten 4 Monate nach Ausstossen des Fötus in utero zurückgehalten wird, ohne Zersetzung einzugehen und ohne weitere Erscheinungen zu machen als vierwöchentliche, wiederkehrende, menstruell aufzufassende, profuse 3 tägige Blutungen, wie dies bei der demonstrierten, aus Sippels Klinik stammenden Nachgeburt aus dem 3. Schwangerschaftsmonat der Fall war. Die Retention ganzer, aber abgestorbener Ovula komme häufiger vor. Dazu gehöre eine Torpidität des Uterus und eine Unversehrtheit der Eikapsel. Der ungestörte abschliessende Schleimpfropf der Zervix garantiere die Erhaltung der Keimfreiheit der Uterushöhle. Zur reizlosen Retention der sämtlichen Nachgeburtsteile gehöre ausser der Unempfindlichkeit des Uterus und der Unversehrtheit der serotinalen Verbindung zwischen Uterus und Ovulum ein rasches Wiederentstehen des abschliessenden Zervixschleimpfropfes, das durch das Ausbleiben jeder Blutung bei und nach Ausstossung des Fötus ermöglicht wurde. Vielleicht trug ausserdem die bestehende Retroflexio dazu bei, ein Hinaufwuchern der Scheidenbakterien in den Uterus zu verhindern. Wucherungsvorgänge am Zottenepithel fehlten.

Herr A. Stern: Der Tumor (Myosarcoma lymphangiectodes) wurde gelegentlich einer Appendizitis vor 3 Monaten bei einer 27 jähr. Virgo entdeckt und, da er sehr schnell wuchs, vor 14 Tagen entfernt (Dr. Gottschalk). Er zeigt mikroskopisch das interessante Bild beginnender sarkomatöser Entartung: Unregelmässig geformte,

dunkel gefärbte Zellen schieben sich zwischen die teils längs teils quer getroffenen glatten Muskelfaserzellen ein. Die kindskopfgrosse Zyste, welche einfächerig dem Fundus des Uterus myomatosus aufsitzt, hat sich als Lymphzyste erwiesen. Solche Zysten entstehen aus Lymphspalten (wie hier), aus Erweichungsherden und aus Blutungsherden, wie solche ja in Neubildungen leicht vorkommen oder aus Resten des Wolfschen Körpers. Im Abdomen befand sich leichter Aszites, der Patientin geht es gut.

Herr **Siegel:** Demonstration eines Falles von **totaler Brustbeinresektion** und Heilung einer **tuberkulösen Kaverne** durch Operation. Wegen ausgedehnten kariösen Prozesses der Hinterwand des Brustbeinkörpers musste das Corpus sterni mit Processus xyphoideus reseziert werden. Nach der Entfernung des Brustbeinkörpers zeigte sich eine ausgebreitete Tuberkulose des ganzen vorderen Mediastinums. Herzbeutel und grosse Gefässe waren von oben bis unten mit tuberkulösen Granulationen bedeckt. In der Höhe des zweiten Interkostalraumes befand sich eine kaum linsengrosse Oeffnung in der rechten Pleura direkt an dem Uebergang der Vorderfläche in die Innenseite des Brustfells neben der Vena cava superior. Mit der Sonde gelangte man im Fistelgang in die Lungenspitze. Zur Freilegung des Lungenherdes musste auch noch das Manubrium sterni reseziert werden. Die Spaltung des Fistelganges gelang ohne Eröffnung des Brustfellraumes infolge der in den Gang bestehenden Adhäsionen. Die letztere führte in eine Lungenkaverne an der Basis des rechten Lungenspitzenkegels. Die Kaverne wurde ausgekratzt. Die rechtsseitigen Arteria und Vena mammaria interna musste unterbunden werden. Tamponade der Kaverne und des Mediastinums mit Jodoformgaze. In den ersten Tagen nach der Operation bestand heftige Atemnot, wohl infolge des Brustbeinverlustes. Unter Bierscher Stauung mittels der Saugglocke trat völlige Heilung ein. Man sieht den rechten Ventrikel und Vorhof sowie die Aorta unter der Haut pulsieren. Man fühlt auch deutlich die Ventrikel- und Aortapulsation nach dem Typus der Herztöne. Bei Inspiration wird die Haut über dem Herzen und den grossen Gefässen nach innen gesaugt, bei starkem Exspirationsdruck wölbt sich dieselbe nach vorn. Die Patientin ist seit 1½ Jahren geheilt. Das demonstrierte Präparat zeigt eine tuberkulöse Karies fast der ganzen hinteren Knochenfläche des Sternums.

(Der Vortrag wird in extenso veröffentlicht.)

Auf die Frage des Herrn Hirschberg, ob in den bisher veröffentlichten Fällen von reseziertem Sternum eine Neubildung stattgefunden habe, erwidert der Vortragende: Nur in einem Falle ist in der Literatur die völlige knöcherne Regeneration des Brustbeines erwähnt (Rizzoli). Bei meiner Patientin ist kein wesentlicher Ersatz eingetreten. Wahrscheinlich ist durch den ausgedehnten tuberkulösen Prozess im ganzen Mediastinalraum das Periost zu grunde gegangen.

Der Schatzmeister, Herr Laquer, erstattet den Kassenbericht über das Jahr 1907. An Einnahmen verzeichnet er M. 12 119.92, an Ausgaben M. 11 466.80, so dass ein Saldo von M. 653.12 verbleibt (auf der Gewerbekasse M. 449.31, bar M. 203.81). Im Voranschlag

für 1908 sind an Einnahmen M. 11 253.12, an Ausgaben etwa M. 11 000 aufgeführt.

Der Heinrich-Hoffmann-Fonds weist einen Bestand von M. 1296.25, der Bibliothekfonds (Dr. Landsberg-Stiftung) an Wertpapieren 1000 M., an Zinsen 36 M. auf.

Herrn Laquer wird Decharge erteilt.

Als Ersatzmann für den zum I. Vorsitzenden für 1909 gewählten Schatzmeister wird auf Vorschlag des Vorsitzenden per Akklamation Herr Scholz gewählt (bis Ende 1910).

Hierauf wird die in der vorigen Sitzung abgebrochene Diskussion über den Antrag der Antialkoholkommission wieder aufgenommen.

Herr Laquer stellt den Antrag, ein Antwortschreiben folgenden Inhalts an den Vorsitzenden des Frankfurter Gesamtverbandes wider den Alkoholismus, Herrn Pelissier, abzusenden:

Der Aerztliche Verein erkennt an, dass die Angaben der hiesigen Bürgerbräugesellschaft über das Bier als Volksgetränk und über die Unschädlichkeit des regelmässigen Biergenusses den von der ärztlichen Wissenschaft und Praxis längst festgestellten Tatsachen widersprechen. Er hat sich aber in seiner Sitzung vom 20. ds. Ms. dahin entschieden, sich der öffentlichen Agitation gegen die genannte Reklame nicht anzuschliessen.

Herr Eiermann erklärt seine Zustimmung zu diesem Antrag, wünscht jedoch den Zusatz, man möge Herrn Pelissier ausdrücklich bitten, er solle von dem Schriftstück keinen öffentlichen Gebrauch machen.

Auch Herr Flesch stimmt dem Antrag Laquer zu, möchte aber den ersten Satz ebenso wie den Zusatz Eiermann gestrichen haben. Seine Meinung auszusprechen, vor der Veröffentlichung dagegen zurückzuscheuen, würde einen Mangel an Mut verraten. Dagegen könne er begreifen, dass man aus taktischen Gründen vermeiden wolle, in die Agitation einzutreten.

Nachdem noch die Herren Eiermann, Neisser, Wild, zu dem Antrag gesprochen, betont Herr Laquer, nicht Mangel an Mut halte ihn von einer direkten Veröffentlichung zurück, sondern die Art der Kampfgenossen, wie die fanatischen Vegetarianer, mit denen die Aerzte nicht in einer Reihe stehen sollten.

Bei der Abstimmung über den Kommissionsantrag wird dieser gegen 5 Stimmen abgelehnt. Ebenso der Antrag Flesch mit 29 gegen 20 Stimmen. Dagegen gelangt der Antrag Laquer mit 43 Stimmen zur Annahme. Der Zusatz Eiermann wird mit 42 gegenüber 14 Stimmen abgelehnt.

Herr **Deutsch: Ueber Säuglingsmilchküchen.**

Die von dem Vortragenden eingerichtete Fürsorgetätigkeit für Säuglinge arbeitet seit Anfang 1907 nach folgendem Arbeitsprogramm: Propaganda für das Stillen, möglichst frühzeitig bei Schwangeren und Wöchnerinnen unter Mitwirkung des externen Armenarztes, hiesiger Hebammen und Pflegekomitees. Unterstützung der Stillenden mit Milch. Für die künstlich zu ernährenden Säuglinge besteht seit April eine Säuglingsmilchküche, die trinkfertige Einzelportionen abgibt, vorausgesetzt ärztliche Bescheinigung der Stillunfähigkeit und regelmässige ärztliche Verordnung. Zugewiesen wur-

den ihr vorwiegend schwächliche, kranke und schlecht gehaltene Säuglinge. Soweit möglich Vermittlung von Ammenmilch. Regelmässige Ueberwachung und Beratung. Häusliche Kontrolle.

Ergebnisse:

Beobachtet 102 Säuglinge, länger als 1 Monat 78.

Gestillt wurden 80 Proz. aller Kinder. Mindestens 6 Monate (überhaupt) gestillt 50 Proz. aller Kinder, mindestens 6 Monate ausschliesslich gestillt 20 Proz. aller Kinder.

Gestorben 3 Kinder: K., 10 Monat, Keuchhusten, Spasmophilie; Sch., 12 Monat, Morbilli, Keuchhusten; St., 3 Monat, 2200 g schwer, Ekzema universale.

Endresultate der Entwicklung (bei strengstem Massstab, ohne Berücksichtigung des Anfangsgewichtes). Vorzüglich: 21 Kinder = 30 Proz., gut: 21 Kinder = 30 Proz., unbefriedigend: 33 = 40 Proz.

Darmstörungen: Schwere Störungen kamen nicht vor, leichtere, z. T. sehr geringe, 45 mal = 60 Proz.

Zu bedenken: 1. Unter dem Zugang 46 Proz. kranke oder unterernährte Kinder. 2. Im ersten Lebensmonate nur 18,5 Proz. der Kinder. Im 1. Lebensmonat Zugegangene: krank 14 Proz., 6 Monate gestillt 65 Proz., gutes Resultat 75 Proz.. Nach dem 1. Lebensmonat Zugegangene: krank 60 Proz., 6 Monat gestillt 45 Proz., gutes Resultat 50 Proz. 3. Die Zahl der interkurrenten Infektionen war in diesem Jahre sehr hoch (an Bronchitis, Keuchhusten, Pneumonie, Masern, Diphtherie, Tuberkulose waren 25 Kinder erkrankt = 34 Proz).

Die Säuglingsmilchküche sollte die bestbewährten technischen Hilfsmittel und Betriebseinrichtungen heranziehen, und die wichtigsten Ergebnisse der Lehre von der Säuglingsernährung nutzbar machen. Deshalb wurden neben alten Anforderungen (tadelloses Material, exaktes Arbeiten, Asepsis) bereits bei den ersten Vorarbeiten folgende Grundsätze aufgestellt:

1. Verbindung mit Stillpropaganda. Abgabe nur bei ärztlich attestierter Stillunfähigkeit. 2. Abgabe nur an ärztlich beaufsichtigte Kinder und nach ärztlicher Verordnung (freie Arztwahl). 3. Keine stereotypen Mischungen; Herstellung aller verordneten Präparate und Zusammenstellungen.

Beschreibung der Räume, der Einrichtungen, Kontrollmassregeln und Betriebsvorschriften. Verarbeitet wird keimarme Kurmilch (bis 4000 Keime) aus einem hygienisch einwandsfreien Stallbetrieb unter dauernder Kontrolle auf Lieferungsschnelligkeit, Temperatur, Reduktase, Schmutzfreiheit, Fettgehalt, Keimzahl.

Einrichtungskosten ca. 4000 M. Herstellungskosten pro Kind und Tag durchschnittlich ca. 50 Pfg.

Ergebnisse:

Der Milchküche wurde von der Beratungsstelle ca. 1/3 der überwachten Kinder überwiesen. Ebensoviele Kinder wurden von anderen Aerzten überwiesen. Von den der Milchküche zugegangenen Kindern war die Hälfte krank, aber auch die Gesunden waren grösstenteils erheblich unterernährt, schwächlich oder schlecht gehalten.

Von diesem Material starben nur 3 Kinder: 1. K., siehe oben; 2. A., 2½ Jahre alt, nach 1 Tag Bezug; 3. B. 2½ Jahre alt, nach 4 Tagen Bezug.

Die Ernährungserfolge waren bei 75 Proz. befriedigend. In vielen Erkrankungen wurde rasche Heilung, oft enorme Gewichtszunahme erzielt. Darmstörungen kamen selten vor, und nur ganz leichte.

Aus den angeführten Ergebnissen der gesamten Säuglingsfürsorge eines Jahres lassen sich bei den bekannten allgemeinen Schwierigkeiten und den besonderen des vorliegenden Materials nur mit grosser Vorsicht Schlüsse ziehen. Befriedigend erscheinen: Die geringe Mortalität, die Frequenz und Dauer des Stillens, die Ernährungserfolge bei vielen künstlich Ernährten, Heilerfolge bei einer Anzahl recht schwer zu ernährender, schwächlicher und kranker Kinder, der Einfluss auf die gesamte Pflege und Haltung der Kinder, die geringe Ernährungsmorbidität in der Milchküche.

Der Vortragende wendet sich nun zu der Besprechung, die die Milchküchenfrage auf der Dresdener Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde gefunden hat, deren absprechende Vota grosses Aufsehen erregt haben und vom ärztlichen Publikum vielfach überschätzt worden sind.

Milchküchen, die nur Kindermilch, sterilisierte Milch, oder auch trinkfertige Einzelportionen ohne ärztliche Ueberwachung verabreichen, sind auch nach Ansicht des Vortragenden unzureichend, unter Umständen selbst gefährlich (wenn auch aus solchen gute Ergebnisse berichtet werden). Ihre Verurteilung trifft aber keineswegs richtig organisierte Anstalten.

Ueber die Leistungen solcher umfassenderer Anstalten existieren eingehende Nachweise urteilsfähiger Leiter; sie wurden auch in Dresden von dem Referenten Trumpp und den meisten Diskussionsrednern zugegeben. Man unterschätzt vielfach, was die Milchküchen an positiver Arbeit und greifbarem Nutzen geleistet haben. Schon jetzt eine Einwirkung derselben auf die grossen Zahlen der Statistik zu erwarten, bedeutet eine ungerechtfertigte Ueberschätzung jeder Möglichkeit, so lange Zahl und Wirkungsbereich der vorhandenen Anstalten noch so relativ klein ist. (Neumann, Trumpp.)

Aber auch ideale Säuglingsfürsorge wird die Säuglingssterblichkeit nicht aus der Welt schaffen; nur ein Teil der Todesursachen ist enterogen, überhaupt nur ein Teil erworben. (Ergebnisse eigener Erhebungen über den Zusammenhang von Ernährung und Entwicklung.)

Der schwerste Einwand gegen die Milchküchen ist, dass sie der natürlichen Ernährung Abbruch tun können. Er ist so wichtig, dass jede Milchküche ihre Betriebsorganisation vornehmlich gegen diese Gefahr richten muss. Durch strenge Vorschriften und rigorose Handhabung ist die Verlockung zum Abstillen zu vermeiden. Aus gleichem Grunde widerrät sich auch die unentgeltliche Abgabe der Säuglingsnahrung, ausser in Notfällen. Mit solchen Kautelen versehen wird die Milchküche im Gegenteil zu einem der wirksamsten Hilfsmittel im Kampfe gegen den Missbrauch der künstlichen Ernährung. Entscheidend wäre das Bedenken über-

haupt nur dann, wenn man ausreichende ausschliessliche Ernährung an der Brust für allgemein durchführbar hält.

Der Einwand, dass die Milchküchen mit unverhältnismässig hohen Kosten arbeiten, trifft keineswegs alle Betriebe. Eine ganze Anzahl grosser und kleiner Betriebe haben das bewiesen. Variabel wird die Höhe der Kosten hauptsächlich durch die Möglichkeiten des Milchbezuges und die Ansprüche an die Qualität der Rohmilch. Die Verteuerung durch möglichst keimarme „Kurmilch" wird von Salge u. a. für unnötig erklärt. Demgegenüber stimmen schlechte Erfahrungen im Hochsommer bedenklich (Kellers paradoxer Vorschlag, die Milchküchen im Hochsommer zu schliessen). Vortr. hat mit keimarmer Kurmilch gerade im Hochsommer sehr gute Erfahrungen gemacht. Hier liegt eines der wichtigsten Probleme der künstlichen Säuglingsernährung offen, die Beschaffung wirklich einwandfreier, nicht zu teuerer Kindermilch in grossen Mengen. Ob hier der freie Fortschritt der Milchwirtschaft oder Eingreifen der Kommunen helfen wird?

Sollen alle Milchküchen geschlossen, der Kampf gegen die Säuglingssterblichkeit nur noch durch Propaganda und Unterstützung Stillender geführt werden, so müsste sich diese Richtung, so gut wie dies von den Milchküchen verlangt wird, zuvor über ihre Resultate ausgewiesen haben. Bisher konnte sie das nicht. Im Gegenteil lassen sich auch gegen ihre Aussichten Bedenken vorbringen. Auch hier (ethische Bedenken mögen unerörtert bleiben) zunächst die Kosten. Sie werden sicher enorm sein, höher als die der Milchküchen. Ihr Effekt auf die Stillfrequenz mag als sicher gelten, ein wirklich ausreichender Effekt auf die Ausdauer im Stillen ist fraglich; z. B. wurden in Weissenburg i. B. (Dörfler) durch eine fleissige Organisation und dreimonatige Prämien zwar (nur) 76 Proz. der Mütter zum Stillen gebracht; aber im 5. Monat stillten nur noch 18, länger als 6 Monate nur 4 Mütter.

Am umstrittendsten bleibt aber immer noch die elementare Vorbedingung der Nur-Still-Fürsorge: die Frage nach den Grenzen des Stillvermögens. Vortr. hat unter den günstigsten organisatorischen Verhältnissen gearbeitet (mit Armenarzt, Hebammen, Armenschwestern, in ziemlich fester Klientel, in den Häusern) bei grossem Einfluss durch eigene Vergebung aller Unterstützungen, hat keine Mühe gescheut, fast alle Stillenden mit der Wage kontrolliert, keine Beikost oder künstliche Ernährung ohne genaue Untersuchung gestattet. Und doch nur 80 Proz. der Kinder überhaupt an die Brust bringen können. Nur 20 Proz. der Kinder konnten länger als 5 Monate ausschliesslich, nur 50 Proz. länger als 5 Monate überhaupt natürliche Nahrung erhalten. Aehnlich wird es in der Praxis wohl meistens liegen. Die glänzenden Stillstatistiken aus Gebäranstalten und Wöchnerinnenasylen beweisen für die Praxis gar nichts. (Auch hier 10 Proz. Nichtstillende!) Säuglingsheime bieten besonders günstige Verhältnisse (Schonung, Ernährung, Anleitung der Ammen, Austausch der Säuglinge), anders als die Praxis und gar das Proletariat. Trotzdem selbst bei Schlossmann bis 12 Proz. für den Ammendienst unbrauchbare Mütter. Taube-Leipzig konnte nur 35 Proz., Richter (Wiener Findelhaus) nur 1/6 seiner Ammen länger als 4 Monate stillen lassen. Dazu noch die Zahl der kürzer oder länger

nach der Entbindung erkrankten oder gestorbenen Mütter, die Mütter von Zwillingen, die wirtschaftlich wirklich unabkömmlichen Mütter.

Eine ganz wichtige Frage kann trotz oder gerade wegen ihrer grossen Schwierigkeit hier nur gestellt werden: S o l l e n d i e S c h a a r e n t u b e r k u l ö s e r M ü t t e r s t i l l e n? Die Ansichten widersprechen sich; es fehlt an Material zur gründlichen Beantwortung. Der Vortr. hat an Müttern wie an Kindern mit dem Stillen in tuberkulösen Familien schlechte Erfahrungen gemacht.

Auch die stillschweigende Voraussetzung, die B r u s t e r n ä h r u n g sei wirklich für alle Säuglinge die beste, kann n i c h t o h n e j e d e E i n s c h r ä n k u n g gelten. Es gibt Ausnahmen. Kinder die bei künstlicher Ernährung besser gedeihen als an der Brust, ja es gibt zweifellos einen Brustnährschaden (eigene und fremde Erfahrungen).

Gewiss wird für die weit überwiegende Mehrzahl der Säuglinge die Ernährung an der Brust die allein richtige sein. Gewiss wird die Mehrzahl der Mütter im stande sein zu stillen, Gewiss wird die Arbeit für die Ausbreitung des Stillens die wichtigste Aufgabe in der Säuglingsfürsorge sein. Aber ebenso gewiss wird eine Anzahl kleiner Kinder auf künstliche Ernährung angewiesen bleiben. Je kleiner ihre Anzahl wird, desto mehr werden gerade sie eine Auslese der hereditär und sozial Schwächsten darstellen und besonderer Aufwendung für ihre Ernährung bedürfen. Ihnen wird die Milchküche von sehr grossem Nutzen, vielleicht unentbehrlich sein.

Ordentliche Sitzung vom 3. Februar 1908, abends 7 Uhr im Hörsaal des Dr. Senckenbergischen Bibliotheksgebäudes.

Vorsitzender: Herr Laquer.
Schriftführer: Herr Cahen-Brach.

Herr **Sippel** demonstriert im Anschluss an die in der vorigen Sitzung vorgezeigte, 4 Monate lang im Uterus verhaltene Abortplazenta ein durch Zufall inzwischen gewonnenes **2 monatliches Ovulum,** welches nach erfolgtem Fruchttod 6 Monate lang völlig frisch im Uterus zurückgehalten wurde und dann wegen Blutung die operative Entfernung nötig machte. Bezüglich der Behandlung solcher Fälle sagt S. folgendes: Da nicht selten das Ovulum zur Zeit eines Menstruationstermins spontan ausgestossen wird, soll man zunächst abwarten, jedoch in Berücksichtigung der gesundheitlichen Unsicherheit der Betreffenden nicht zu lange, da eine gewisse Behinderung in den Dispositionen einer solchen Frau durch das verhaltene Ei unvermeidlich ist. Kommt das Ovulum nach einiger Zeit nicht, so soll es operativ entfernt werden. Immer muss es operativ beseitigt werden, wenn Zersetzung oder, wie im vorliegenden Falle, Blutung eintritt.

Herr Kreisarzt **Fromm** gibt im Hinblick auf eine grössere Reihe von Scharlach- und Diphtheriefällen, die zur Anmeldung gelangt seien, auf die Anfrage verschiedener Kollegen hin Erläuterungen zu dem Ministerialerlass über ansteckende Krankheiten. Er führt die beiden Gruppen von Infektionskrankheiten an, deren eine nur die Isolierung der erkrankten Individuen notwendig mache, während bei der zweiten Gruppe zugleich deren Angehörige abgetrennt werden müssten, event. also die Schule zu meiden hätten. Betreffs der vorzunehmenden Desinfektionsmassregeln teilt er mit, dass der Frankfurter Verein für Volkshygiene 1—2 Schwestern ausgebildet habe, die unter Anleitung des behandelnden Arztes die nötigen Massnahmen träfen. Ausserdem seien im Ministerium gemeinverständliche Belehrungen verfasst worden, die von der Polizei ins Haus geschickt würden.

Diskussion: Herren Hirschberg, Günzburg, Neubürger, Löwe, Fromm.

Herr **Deutsch** lädt in einem Schreiben zur Besichtigung der von ihm geleiteten **Milchküche** ein.

Herr **Carl Emanuel: Ueber Augengeschwülste, insbesondere epibulbäre melanotische Tumoren.**

Die Anschauungen über die vom Auge ausgehenden Geschwülste haben sich in den letzten Jahren in mancher Hinsicht geändert. Die Geschwülste der Netzhaut, die nach dem Vorgange Virchows mit den von der spezifischen Stützsubstanz des Zentralnervensystems ausgehenden Neubildungen zusammengeordnet wurden, mussten als eine anatomisch und klinisch scharf charakterisierte Gruppe von den Gliomen des Zentralnervensystems einschliesslich des Sehnerven abgetrennt werden. Wintersteiner hatte für die Netzhautgeschwülste den Namen Neuroepitheliome vorgeschlagen. Ich habe wiederholt (Virchows Archiv 1900, Bd. 161 und klinische Monatsblätter für Augenheilkunde, Bd. 41 1903, Beilageheft, Festschrift für Sattler) dargelegt, warum diese Bezeichnung meiner Ansicht nach von einer irrtümlichen Deutung der von Wintersteiner zum ersten Male in ihrer Wichtigkeit erkannten Rosettenzellen ausgeht, und ich habe schliesslich unter Betonung des organoiden Charakters der Netzhautgeschwülste dieselben Diktyome (abgeleitet von der griechischen Bezeichnung für Netzhaut) genannt. Ein wesentlicher Einwand gegen Wintersteiner schien uns die Tatsache zu sein, dass auch von der Pars ciliaris retinae die gleichen Geschwülste ausgehen können, wie von der eigentlichen Netzhaut. Der erste derartige Fall wurde von Leber beobachtet und von mir (Virchows Archiv, Bd. 161) ausführlich beschrieben.

Bezüglich der sich innerhalb der duralen Scheide entwickelnden Sehnervengeschwülste habe ich (v. Gräfes Archiv für Ophthalmologie, Bd. 53, 1901 und Bericht der 29. Vers. der Ophthalmologischen Gesellschaft Heidelberg 1901) für die Zusammenordnung mit der als Neurofibromatosis peripherica und centralis[1]) in den letzten Jahren vielfach ausgebauten Gruppe der von der Nervenstützsubstanz ausgehenden solitär oder multipel auftretenden Tumoren plädiert. Ich glaube, dass für das klinische und anatomische Verständnis der Sehnerventumoren dadurch viel gewonnen wird. Byers, Golowin und die Neurologen Bruns, Thomson vertreten einen ähnlichen Standpunkt. Schieck hat die Ribbertsche Lehre von den melanotischen Tumoren für die Neubildungen des Uvealtraktus ausgebaut und nachgewiesen, dass es anatomisch und klinisch nur eine einheitliche Tumorform der Chorioidea, des Corpus ciliare und der Iris gibt. Neben diesen intraokulären Pigmentgeschwülsten, gibt es aber auch noch extrabulbäre melanotische Tumoren.

Ich habe nun vor 6 Jahren, noch in der Sattlerschen Klinik in Leipzig gemeinsam mit A. Ludwig Untersuchungen über die epibulbären melanotischen Tumoren begonnen und sie jetzt zum Abschluss gebracht. Ueber die Resultate, die ich ausführlich an anderer Stelle (Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde, Maiheft, S. 539) publizieren werde, will ich Ihnen kurz berichten.

[1]) Ich habe damals nach dem Vorgange von Garrè (Beiträge zur klinischen Chirurgie, Bd. 9, 1892, S. 464, für die Gruppe der Nervenstützsubstanzgeschwülste die Bezeichnung Elephantiasis neuromatodes gewählt. Ich ziehe heute den jetzt üblichen Ausdruck Neurofibromatosis vor.

Meine Untersuchungen gingen von einem sehr merkwürdigen melanotischen Tumor der Caruncula lacrymalis aus, dessen Verlauf ich Ihnen in den wesentlichsten Momenten darlegen will. Ueber den Sitz und die Grösse der Geschwülste gibt Ihnen diese Photographie und diese photographische Reproduktion nach einer Zeichnung hinlänglich Aufschlus. Sie sehen dort auch, dass von der Neubildung aus eine diffuse Pigmentierung sich über die ganze Uebergangsfalte der unteren Bindehaut fortsetzt. Die Neubildung wurde exzidiert im Zusammenhang mit der pigmentierten Bindehaut. Eine Zeitlang ging alles gut, bis wieder neue Pigmentierungen in der Bindehaut auftraten, und ungefähr ein Jahr nach der Operation eine derbe Geschwulstmasse in der Tiefe der Orbita fühlbar war. Ich versuchte das Rezidiv mit Erhaltung des Augapfels zu exstirpieren, musste aber, je tiefer ich in die Orbita eindrang, merken, dass die Operation mit Erhaltung des Bulbus nur eine unvollkommene sein konnte. Die Neubildung wuchs jetzt weiter rapid und nach einem weiteren Vierteljahr, als sie die Grösse, die diese Photographie zeigt, erreicht hatte, gab die Patientin die Erlaubnis zur Exenteratio orbitae, die aber auch nur eine unvollkommene Operation bleiben musste, da schwarze Massen sich nach der Schädelhöhle und den Nebenhöhlen hin fortsetzten. Der Verlauf dieses Falles, wie ich ihn geschildert habe, ist für eine gewisse Gruppe der epibulbären melanotischen Tumoren typisch, gleichgültig, ob sie von dem Limbus oder von einem anderen Teile der Bindehaut ihren Ausgang nehmen. Es gibt aber auch melanotische Neubildungen, die viel weniger schnell verlaufen, bei denen es nach Exzision, in kleineren oder grösseren Zwischenräumen, die manchmal mehrere Jahre betragen, zu mehrfachen Rezidiven kommt, und da es sich meistens oder in der überwiegenden Anzahl der Fälle um bejahrtere Personen handelt, so tritt der Tod ein, ohne dass die Krankheit zu den letzten Entwicklungen kommen konnte. Es sind auch einzelne Fälle beschrieben worden, deren Verlauf sich über mehrere Jahrzehnte erstreckte. Diese haben gerade bei manchen Autoren die Meinung aufkommen lassen, als ob die epibulbären melanotischen Tumoren im Gegensatz zu anderen melanotischen Neubildungen überwiegend gutartig seien, und dadurch in einem Gegensatz ständen insbesondere zu den intraokulären Chorioidealsarkomen.

Nach neuen Untersuchungen und Statistiken erscheint nun der Charakter der Uvealsarkome in einem wesentlich günstigeren Lichte, während aus meinen Nachforschungen hervorgeht, dass ein grosser Teil der als geheilt zur Zeit der Veröffentlichung betrachteten Fälle von extrabulbären Neubildungen später an den Folgen der Geschwulstbildung doch noch zu Grunde gegangen sind. Ging es doch in unserem Falle ähnlich; zur Zeit als L u d w i g ihn in seiner Dissertation (Leipzig 1902) mitteilte, war noch von einem eigentlichen Rezidiv keine Rede. Das Alter der Patienten ist, wie ich schon bemerkte, in der Regel ein vorgerücktes, aber es kommen diese Neubildungen auch in der Jugend vor, und in seltensten Fällen sind die ersten Zeichen angeboren. Die Dauer der Entwicklung schwankt zwischen wenigen Monaten und mehreren Jahrzehnten. Meistens tritt die Neubildung einzeln auf, in wenigen Fällen gleichzeitig an beiden Augen, in wenigen Fällen als zwei gesonderte Geschwülste am selben Auge und in einer ganzen Anzahl von Fällen ist eine primäre Multiplizität insofern vorhanden, als sich, räumlich vollständig getrennt von der eigentlichen Neubildung, an anderen Stellen

der Bindehaut Pigmentherde finden. Nach Untersuchungen von Coppez folgen die Flecke niemals den Gefässen. Wenn nun Rezidive auftreten, so haben diese häufig ihren Sitz nicht an der Stelle der ersten Neubildung, sondern oft treten sie an einer ganz anderen Stelle der Bindehaut auf. Coppez und v. Michel erklären diese Erscheinung analog den freien Metastasen in den serösen Höhlen und glauben, dass sie durch Implantation von losgelösten Teilen, die in den Bindehautsack fielen und die Bindehaut an anderen Stellen infizieren, entstanden. Ich bin zu anderen Anschauungen bezüglich des Wesens dieser sekundären Neubildungen, und im Zusammenhang damit über die Natur der epibulbären melanotischen Tumoren überhaupt gekommen.

Das nicht seltene primär multiple Auftreten dieser Neubildungen, die Verschiedenartigkeit ihres Verlaufs und das Auftreten der Rezidive an anderen Stellen der Bindehaut, erinnerten mich sehr an die Nervenbindegewebsgeschwülste, mit deren ausserordentlich charakteristischen Eigenart ich mich anlässlich meiner Studien über die Sehnervengeschwülste vertraut gemacht hatte. Nun bot unsere Patientin neben dem melanotischen Neubildungsprozess an der rechten unteren Extremität eine Anzahl von verschieden grossen in der Tiefe liegenden Geschwulsten dar. Schon 14 Jahre bevor die Patientin uns wegen ihres Auges konsultierte, hatte dieser Geschwulstprozess begonnen und es waren wiederholt Operationen vorgenommen worden, ohne dass die Weiterentwicklung von Neubildungen jeweils an anderen Stellen der Hinterseite der Extremität zum Stillstand gekommen wäre. Wem überhaupt das Eigenartige der Nervenbindegewebsgeschwülste bekannt ist, der konnte schon nach diesem Befunde und nach der Anamnese nicht an der Diagnose zweifeln. Zu ihrer Sicherstellung haben wir aber noch einen kleinen Knoten der Neubildung an der Extremität exstirpiert und Sie sehen dort im Mikroskop das typische Bild einer Nervenbindegewebsneubildung. Von der Kapsel des Tumors aus senken sich nach Weigert gefärbte Nervenfasern in die fibrosarkomatöse Neubildung. Es entstand nun die Frage: sind das zwei zufällig nebeneinander aufgetretene Geschwulsterscheinungen, oder sind es verschiedene Manifestationen eines wesensgleichen Neubildungsprozesses. Das klinische Verhalten der epibulbären melanotischen Tumoren und die auffällige Tatsache, dass melanotische Neubildungen primär nur am Auge intra oder extraokulär, oder in der Haut, oder am Zentralnervensystem primär vorkommen, hatte mich schon zu der Ansicht geführt, dass, wenn nicht die melanotischen Geschwülste zu den Nervenbindegewebsgeschwülsten gehörten, doch eine wesentliche Analogie zwischen ihnen herrschte. Soldan hat ähnliches schon vor mehreren Jahren für die Nävusgeschwülste angenommen, ohne irgend welche Beachtung gefunden zu haben, und Vennemann hatte analoges von den melanotischen Bindehautgeschwülsten vermutet. Ich glaube nun diese Vermutung durch einen anatomischen Befund stützen zu können. In der Kapsel der kleinen primären melanotischen Neubildung der Bindehaut fand ich Quer- und Längsschnitte eines kleinen Nervenstämmchens und in dem dort aufgestellten Präparat können Sie feinste Nervenfasern zwischen den fibrösen Zügen der Kapsel bis dicht an die pigmentierte sarkomatöse Neubildung herantreten sehen.

Als sicheres Resultat meiner Untersuchungen erscheint mir die Tatsache, dass bei einem Individuum, das an einer regionären Neurofibrosarkomatose leidet, ein melanotischer Tumor der Bindehaut auch vom Nervenbindegewebe ausgehend, sich findet. Als weitere Perspektive sehe ich, dass sich der Streit um die Frage Nävussarkome oder Nävuskarzinome zu Gunsten der dritten, bis jetzt hartnäckig ignorierten Möglichkeit: „melanotische Neurofibrosarkomatose" entscheidet.

Herr **Ph. F. Becker: Einige lichttherapeutische Erfahrungen mit Demonstration von Patienten.**

Vortr. weist auf die sich oft direkt widersprechenden Wertungen der lichttherapeutischen Massnahmen, besonders der X-Strahlen-Behandlung seitens anerkannter Autoritäten hin, wodurch die der Lichttherapie Fernstehenden naturgemäss zu einer gewissen Zurückhaltung veranlasst werden. Die folgenden Ausführungen und Demonstrationen sollen einige mit der Lichttherapie erreichbare Erfolge auf dem Gebiete der Hautkrankheiten und die Gefahrlosigkeit dieses Vorgehens bei vorsichtiger Handhabung und Beherrschung der Technik veranschaulichen. Insbesondere gelte dies für die Röntgenbehandlung, vor der gerade bei Aerzten nicht selten eine übertriebene und unberechtigte Furcht herrsche. Vortr. befolgt die von Rieder zuletzt vor etwa ½ Jahre warm empfohlene Methode, die bekanntlich darin besteht, dass in grösseren Zeitabständen kurz dauernde Bestrahlungen mit Röhren mittleren Härtegrades appliziert werden.

Der Vortragende berichtet zunächst über 22 Patienten, die er wegen chronischen Hautekzems verschiedener Provenienz in den letzten 2½ Jahren mit X-Strahlen behandelt hat. Es sind zumeist veraltete Fälle. Einen völligen Misserfolg hat B. nur bei einem Patienten (thylotiformes Ekzem der Volae man.) gesehen; 3 Patienten haben keine Nachricht gegeben. Bei einem Patienten war der Erfolg nur ein teilweiser, während bei 17 völlige, zum Teil schon über 2 Jahre bestehende Heilung erzielt wurde. Von diesen 17 Patienten werden 3 vorgeführt: Die erste Patientin wird wegen der leichten Braunfärbung gezeigt (Abschluss der Behandlung vor 1½ Monaten), die spurlos wieder verschwindet, wie der folgende Patient zeigen soll. Der 3. Patient war über 2 Jahre wegen seines Hautekzems stellenlos, und jetzt seit ½ Jahr wieder wie früher als Buchhalter tätig. Es folgen 4. eine Frau mit Perniones und 5. ein Patient mit Follikulitis barbae, die auf dieselbe Weise behandelt worden waren, und die nirgends eine Schädigung der Haut erkennen lassen. Der 6. Patient wird demonstriert, weil er mit X-Strahlen von einer Dermatitis papillaris capillitii befreit worden ist, gegen welche Affektion man auf keine andere Weise mit nur nennenswertem Erfolge vorzugehen vermag.

Vortr. geht nunmehr zur Behandlung mit Radium über und zeigt einen Patienten mit inoperablem Kankroid des unteren Augenlides, das zurzeit fast narbenlos verheilt ist, ausserdem noch die Bilder von zwei weiteren mit Radium erfolgreich behandelten Epitheliomen.

Sodann berichtet B. über seine Erfahrungen mit der Uviollampe, die ihm bei nässenden Ekzemen, bei Akne und Psoriasis Befriedigendes geleistet hat. Auch ein Fall von sehr ausgedehnten spitzen Kondylomen wurde mit diesem Lichte einer zwar langsamen, aber

sicheren und nicht beschwerlichen Heilung zugeführt. Ueber die Quarzlampe hat sich Vortr. an 57 Patienten ein Urteil zu bilden gesucht und ermunternde Erfolge bei Lupus vulg., Psoriasis, Pityriasis rosea und areata gesehen; dagegen sah er sich bei mehreren Fällen von oberflächlicher Trichophytie und wiederholt bei chronischem Handekzem im Stich gelassen. Sodann weist er kurz auf die individuell und regionär variierende Empfindlichkeit der Haut gegen die ultravioletten Strahlen hin und erläutert dies an einem Patienten, der wegen Psoriasis gerade in X-Strahlenbehandlung steht. Z. B. zeigt die Ellenbogenspitze, obwohl Mittelpunkt des gewählten Bestrahlungsfeldes, keine Alteration, während die angrenzenden Partien des Unter- und Oberarmes erythematös sind. Auch trotz fehlender sichtbarer Entzündung (vor deren grösserer Intensität bei Psoriasis zu warnen ist) hat Untersucher wiederholt Heilung der Psoriasisplaques gesehen. Der vorgestellte Patient wird an den verschiedenen Körperregionen verschieden behandelt (zum Teil mit Röntgen, zum Teil mit Radium und zum Teil mit der Quarzlampe [Blaulichtfilter]). Vortr. erläutert mit einigen Worten die Gesichtspunkte, die ausschlaggebend werden können, wenn man es für zweckmässig findet, einmal einen Psoriatiker nur mit Lichtstrahlen zu behandeln (behaarte Körperpartien, Grösse, Dicke, Verhornungsstadium, Distanz der Plaques). Zum Schluss zeigt Vortr. noch eine Patientin, die wegen Gesichtslupus mit der Quarzlampe, der Finsen-Reyn-Lampe und an zwei Stellen mit der molekularen Zertrümmerung (Hochfrequenz) behandelt worden ist. Jede Geschwürs- oder gar Nekrosenbildung an den mit der Quarz- oder der Finsenlampe bestrahlten Stellen ist aufs sorgfältigste vermieden worden, wodurch das kosmetisch ausgezeichnete Resultat seinen Grund findet.

Ordentliche Sitzung vom 17. Februar 1908 abends 7 Uhr im Hörsaal des Dr. Senckenbergischen Bibliotheksgebäudes.

Vorsitzender: Herr Edinger.
Schriftführer: Herr Cahen-Brach.

Der Vorsitzende widmet dem verstorbenen Kollegen Heinrich Heyder einen warmen Nachruf.

Dann teilt er mit, dass er dem langjährigen hochverdienten Mitgliede des Vereins, Herrn Phil. Steffan-Marburg, zu seinem 70. Geburtstage die Glückwünsche des Vereins übersandt habe und verliest dessen Dankschreiben.

Der Vorsitzende bringt ein Schreiben des Herrn Flesch vor, in dem er die Anregung gibt zur Besprechung des Kurpfuschereigesetzentwurfs im Verein und als Referent Herrn Hanauer empfiehlt. Die Frage, ob zu diesem Zwecke die Einberufung einer ausserordentlichen Sitzung gewünscht werde, wird von der Versammlung verneint. Im Anschluss hieran erinnert Herr Eiermann daran, dass im Aerztlichen Vereinsblatt seit lange um Einsendung von Inseraten, Anpreisungen etc. von Kurpfuschern gebeten werde.

Herr **Goldschmid:** 1. 35 jähriger Mann. **Exstirpation der rechten Niere** im August 1907. Umwachsung der grossen Gefässe mit Tumormassen, so dass wegen schwerer Blutung die Operation unterbrochen werden musste. Jetzt hier aufgenommen wegen neuer Beschwerden; massenhaft wachsartige Zylinder im Urin. Die frühere Operationsdiagnose unbekannt. Bronchitische Geräusche der linken Lunge. Bei der Sektion fand sich ein Grawitzscher Tumor im oberen Teil der alten Operationsstelle. Einbruch in die Vena cava. Zystische Erweiterung des Ureters, in den von oben ein langer Tumorzapfen hineinhängt. Multiple Metastasen in Leber, Lungen, Nebenniere der anderen Seite, alle sehr klein, von weisslicher Farbe, sarkomähnlich. In der Lunge Bronchiektasien, darüber alte adhäsive Pleuritis. Dilatation und Myodegeneration des Herzens. Hochgradiges Amyloid der Leber, Niere, Milz, des Darmes.

Zum Vergleich wird ein anderer ausgedehnter Grawitzscher Tumor der Niere vorgezeigt.

2. 69 jähriger Mann. **Primäres Karzinom des Pankreaskopfes.** Metastasen im Pankreasschwanz, den retroperitonealen und mesenterialen Lymphdrüsen. Durchbruch in die Vena iliaca communis dextra. Derbe Metastasen in Lungen, Pleura visceralis und besonders Pleura costalis. Nirgends palpabel. Corpus pancreatis und der Duktus überall frei. Ferner fanden sich hochgradige Myodegeneratio cordis, Emphysem und chronisch eitrige Bronchitis. Klinisch waren in letzter Zeit ziehende Schmerzen im Rücken vorhanden, die erst durch die Sektion eine ausreichende Erklärung fanden.

3. 30 jähriger Mann mit Lues III. Schmierkur von 17 Jahren. Keine eigenen Kinder. Ein paar Wochen vor dem Tod erneute Schmierkur (Unterextremitäten) wegen eines fraglichen Geschwüres im Pharynx. Familiär schwer mit Tuberkulose belastet, auf Jodkali sofort schweres Exanthem. 5 Tage vor dem Tod allgemeine Störungen, Dyspnoe, Zyanose, Temperaturen. Vergrösserte Leber fühlbar. Unentschieden ob Tuberkulose, Lues oder Tumor. Bei der Sektion fand sich ein Hepar lobatum, typische Aortitis luetica, ein Gummiknoten des linken Stirnbeins, luetisches Pharynxgeschwür, multiple Gummata der Leber. Ferner Perikarditis (Pneumokokken, keine Spirochäten) Perihepatitis und beginnende fibrinöse, stellenweise fibröse Peritonitis. Geringgradige Pleuritis exsudativa dextra, fortgeleitet vom Perikard (Polyserositis!). Kein Aszites. Die Niere narbenfrei.

Sodann spricht **Höhne** über die **Serumdiagnose der Syphilis.** Zunächst wird das hämolytische System genau besprochen, die Zusammensetzung desselben demonstriert und gezeigt, dass beim Weglassen eines der Bestandteile des hämolytischen Systems eine Hämolyse nicht eintreten kann. Alsdann wird an Versuchen gezeigt, dass die Verbindung von Antigen mit seinem spezifischen Antikörper befähigt ist, Komplement zu absorbieren und dadurch die Hämolyse zu hemmen. Aehnlich liegen die Verhältnisse bei Syphilis. Es wird demonstriert, dass nur beim Zusammentreffen von syphilitischem Leberextrakt und Syphilitikerserum eine Absorption des Komplements und infolgedessen Hemmung der Hämolyse eintritt. Die Wichtigkeit der Kontrolle für eine sichere Diagnosenstellung wird genau erörtert und praktisch gezeigt. Es sind vom Vortr. die Sera von 38 Syphilitischen und von 21 Normalen untersucht. Von den normalen Seris ergab kein einziges einen positiven Ausfall der Reaktion, von den syphilitischen 24, d. h. 62,3 Proz. Es beweist mithin ein negativer Ausfall nichts, d. h. er berechtigt nicht dazu, Syphilis auszuschliessen. Ein positiver Ausfall der Reaktion mit genauer Beachtung aller Kontrollen berechtigt zu der Annahme, dass der Betreffende einmal Syphilis gehabt hat. Zum Schluss deutet Vortragender an, dass die Annahme von syphilitischem Leberextrakt — Antigen nach den letzten Versuchen sehr unwahrscheinlich sei, mithin auch das Syphilitikerserum als Antikörper nicht mehr in Frage kommen kann. Der praktische Wert der Reaktion wird durch diese Auffassung nicht beeinträchtigt.

Diskussion: Herr Richartz fragt den Vortragenden, ob ihm die von amerikanischen Autoren gemeldete Beobachtung aufgestossen ist, dass das Serum von Luetikern, die vor kurzem eine antisyphilitische Kur durchgemacht hatten, negative Reaktion gibt.

Herr H. Sachs weist darauf hin, dass nach neueren Untersuchungen die in den Organextrakten vorhandenen Stoffe, welche die Syphilisreaktion bedingen, alkohollöslich sind und durch Lezithin oder gallensaure Salze ersetzt wurden. Ihm selbst ist es in gemeinschaftlich mit Dr. Karl Altmann ausgeführten Untersuchungen gelungen, statt des Leberextraktes erfolgreich Seifenlösungen (oleinsaures Natrium zu verwenden.) Die Ausflockung des Syphilitikerserums durch Lezithin (Porges-Wassermann) wurde bestätigt, gleichzeitig festgestellt, dass sich auch Seifenlösung für die Ausflockung eignet. Auch Unterschiede im Verhalten der Sera gegenüber dem Wasser wurden in Bestätigung der Angaben Klausners beobachtet. Man kann die Wasserfällung durch Zusatz von Alkohol, Ammonsulfat und anderen Eiweissfällungsmitteln verstärken. Jedoch scheint Spezifität in bezug auf Syphilis nur bei Einhaltung gewisser quantitativer Verhältnisse zu bestehen.

Herr Neisser weist auf den interessanten Gang der Forschung hin. Der Gedankengang Wassermanns führte ihn zu der wichtigen Unterscheidung von Syphilisserum und Normalserum. Die dadurch inaugurierte weitere Forschung hat gezeigt, dass dieser Unterschied auf ganz einfache Weise zu zeigen ist. und dass er jedenfalls nicht von dem Gesichtspunkte aus zu erklären ist, der den Ausgangspunkt gebildet hat.

Herr **Julius Friedländer** teilt 6 Fälle von **Hyperhidrosis unilateralis** mit und unterzieht an der Hand dieser und 60 älterer, aus der Literatur zusammengestellter Fälle die seltene und interessante Affektion einer eingehenden Besprechung. Das Resümee seiner Darlegungen ist folgendes: Die H. u. ist eine Sekretionsanomalie in Gestalt einer halbseitig beschränkten Störung der sekretoralen Innervation. Je nachdem diese Störung im Gebiete des kortiko-kutanen Schweissnervenapparates lokalisiert werden kann, hat man zwischen einer zentralen und einer peripheren Form der H. u. zu unterscheiden. Beide Formen kommen isoliert oder akzidentell, bei Gesunden und Kranken vor und haben einen exquisit chronischen, aber durchaus benignen Charakter.

Diskussion: Herr Hanau: Ich wollte mir erlauben, darauf aufmerksam zu machen, dass bei Männern mit einseitigem Kopfschweiss das Hutfutter auf der schwitzenden Seite ganz verbraucht, auf der nichtschwitzenden dagegen rein erscheint. Aus diesem ausserordentlich auffallenden Aussehen des Hutfutters lässt sich ohne weiteres die Diagnose des Leidens stellen.

Herr v. Wild erwähnt einen Fall von Aortenaneurysma mit profusen linksseitigen, besonders nächtlichen Schweissen. Morphium und Agaricin waren hier von gutem Erfolg.

Ordentliche Sitzung vom 2. März 1908, abends 7 Uhr, im Hörsaal des Dr. Senckenbergischen Bibliotheksgebäudes.

Vorsitzender: Herr Edinger.
Schriftführer: Herr Cahen-Brach.

Der Vorsitzende verliest ein Schreiben der Administration der Dr. Senckenbergischen Stiftung, in dem mitgeteilt wird, dass der derzeitige Vorsitzende der Administration, Herr Sanitätsrat Dr. Roediger, an Stelle des verstorbenen Herrn Wirkl. Geheimer Rat Prof. Dr. M. Schmidt-Metzler zum Delegierten der gemeinsamen Bibliothekskommission ernannt worden sei. Ferner bringt er ein Schreiben des Herrn Roediger zur Kenntnis, in dem dieser mitteilt, dass er aus dem soeben erwähnten Grunde sein Amt als Delegierter des Aerztl. Vereins zur gemeinschaftlichen Bibliothekskommission habe niederlegen müssen und als seinen Nachfolger den langjährigen Schriftführer der Bibliothekskommission, Herrn Ebenau, empfiehlt.

Bei der Wahl von 3 Mitgliedern des Ausschusses für Standesfragen werden die Herren Fridberg, Hübner, Hohenemser gewählt.

Demonstration des Herrn **Minkel: Exostosis cartilag. multiplex.**

Multiplexe Exostosen, keine Tumoren im engeren Sinne, sind eine Wachstumsanomalie der Knochen. Sie entstehen an der Grenze von Diaphyse und Epiphyse aus dem Intermediärknorpel, als kartilaginöse Exostosen nur in der Wachstumsperiode, sind meist knollig-halbrundliche, seltener stachliche Auswüchse von sehr variabler Zahl und Grösse und sitzen an den Röhrenknochen und platten Knochen, seltener an Wirbelsäule und Schädel.

Mit der Exostosenbildung zugleich verbunden ist die Wachstumshemmung sowohl des Knochengerüstes im Ganzen (Mindermass der betreffenden Individuen) als auch der einzelnen Knochen, besonders der exostotischen.

Aetiologie: Feststeht bis heute nur die Heredität, die sich in vielen Fällen eruieren lässt. Aus dem gelegentlichen Zusammentreffen der konstitutionellen Kinderkrankheiten (Lues congen., Skrophulose, Rachitis) lässt sich ein ätiologischer Zusammenhang nicht beweisen.

Prognose: quoad restit. infaust, quoad vitam dubiös.

Therapie: machtlos, beschränkt sich auf chirurgische Eingriffe, wenn die Exostosen Beschwerden verursachen.

Nach diesen die Krankheiten kurz skizzierenden Ausführungen Vorstellung des 7 jährigen Knaben, dessen Anamnese keine Anhaltspunkte für Heredität, Rachitis oder andere Krankheiten ergibt. Exostosenbildung begann sehr früh, bereits im 2.—3. Monat. Heute ca. 25 Exostosen, die über das ganze Knochenskelett, mit Ausnahme von Schädel, Wirbeln und Becken verteilt sind, von Erbsen- und Linsen- bis Walnussgrösse, die sich mit Ausnahme derer an den Unterextremitäten ohne Beschwerden entwickelten. Die grössten von aussen sichtbaren Exostosen sitzen an den äusseren Kondylen der beiden Oberschenkel, dem rechten Oberarm, rechten Schlüsselbein und Schulterblatt.

Auf den vorgezeigten Röntgenbildern (Hände und rechter Oberarm) sind auch solche Exostosen zu sehen, die sich der Palpation durch ihren besonderen Sitz entziehen.

Der Knabe ist der kleinste in der Klasse, unverhältnismässig kleiner als sein um ein Jahr älterer kräftigerer Bruder. Der linke kleine Finger ist jetzt schon (mit der frühsten Exostose) etwas kleiner als der rechte. Im übrigen sind Wachstumshemmungen, Differenzen zwischen den symmetrischen Knochen bis jetzt noch nicht festzustellen.

Herr **Scheffen: Heilung eines Urethraldefektes** (mit Demonstration).

Herr **Jacobsthal: Demonstrationen** aus dem pathologischen Institut.

Diskussion: Herr Richartz fragt an, wie die Abszesse in der Leber verteilt waren. Da nämlich Herr Jacobsthal in der Lage war den Ausgangspunkt der die Leberabszesse verursachenden putriden Embolien genau zu präzisieren (Vena appendicul.), so wäre der Fall vielleicht geeignet, die von Sérézé aufgestellte These von der getrennten Blutversorgung der beiden Leberhälften zu beleuchten.

Herr Hanau: Zu dem Fall von Pyämie auf Grund einer alten eiterigen Appendizitis möchte ich mir erlauben, einige Bemerkungen zu machen, da der klinische Verlauf nicht ohne Interesse sein dürfte. Der Pat., ein 24 jähriger Metzgergeselle, kam am 6. Januar ins Bockenh. Diak.-Heim. Er gab an, seit etwa 3 Wochen krank zu sein und klagte über Schmerzen in der Oberbauchgegend. Das einzige objektive Symptom war das remittierende Fieber, insbesondere war der Befund am Blinddarm völlig negativ. Weder bestand dort Schmerz auf Druck oder spontan, noch war trotz den dünnen Bauchdecken ein Exsudat zu fühlen. Keine Milzschwellung, Vidal auf Typhus und Paratyphus negativ. Allmählich entwickelte sich das Bild der Pyämie und eine ausgesprochene Schmerzhaftigkeit in der Gallenblasengegend. Am 13. Februar La-

parotomie mittels Gallenblasenoperationsschnittes. Es fand sich ein ca. taubeneigrosser Abszess im kleinen Netz, der entleert und eingenäht wurde. Von einer Untersuchung des Appendix wurde Abstand genommen wegen der Herzschwäche und da offenbar im Netz noch mehr Abszesse vorhanden waren.

Wie die Sektion ergab, ist der Abszess am Wurmfortsatz der Ausgangspunkt der Pyämie gewesen. Nach dem klinischen und anatomischen Befund lag die ursächliche Appendizitis schon lange Zeit zurück. Aus dem damals entstandenen Abszess waren Mitte Dezember Eitererreger in die Blutbahn gelangt und hatten die eitrige Thrombophlebitis im Pfortadergebiet hervorgerufen, während die Appendizitis keinerlei klinisch nachweisbare Erscheinungen mehr machte.

Herr Neuberger: Zu dem von Herrn Jacobsthal vorgestellten Fall von septischer Angina möchte ich mir erlauben eine Frage zu stellen. Ich hatte vor einigen Monaten Gelegenheit zwei Fälle von maligner Angina zu sehen, die rasch tödlich verliefen und die ganz ähnliche Bilder boten wie der vorgestellte, durch den Fränkelschen Bazillus hervorgerufene Fall. Leider wurde bei beiden Kranken die bakteriologische Blutuntersuchung verweigert. Bei der einen Patientin, die eine schwere phlegmonöse Entzündung der hinteren Rachenwand des ganzen weichen Gaumens mit einem enormen Oedem der Uvula hatte, bei der auch die Oberlippe in den letzten Tagen ödematös wurde, bei dieser Patientin wurden mehrere kleine Aknepusteln binnen weniger Stunden nekrotisch, es gab einen tiefen Hautzerfall unter sehr üblem Geruch. Ist diese letztere Erscheinung für den Fränkelschen Bazillus vielleicht pathognomonisch?

Herr Scheven bemerkt, dass der klinische Verlauf des zur Diskussion stehenden Falles das Bild einer kryptogenetischen Sepsis geboten hätte, mit Vorherrschen kardialer Symptome. Von seiten des Halses hatten jedenfalls 48 Stunden vor dem Exitus, wo Scheven den Fall zu sehen Gelegenheit hatte, noch keinerlei Symptome bestanden, der Hals hatte vielmehr das Bild des gewöhnlichen Rachenkatarrhs und Stauungskatarrhs geboten. Es sei also ausser Zweifel, dass das immens schwere Krankheitsbild, das die oberen Luftwege in Autopsia darboten, in diesem Falle, wenn auch keine postmortale, so doch nur eine agonale Erscheinung der schweren allgemeinen Infektion darstelle.

Herr Aug. Knoblauch: Das Wesen der Myasthenie und die Bedeutung der „hellen“ Muskelfasern für die menschliche Pathologie.

Ueber das Wesen und die Natur der Myasthenie, der sogen. „Bulbärparalyse ohne anatomischen Befund“, herrscht noch völlige Unklarheit. Trotz sorgfältigster histologischer Untersuchung des gesamten zentralen und peripheren Nervensystems, die sich im Hinblick auf das klinische Bild der Krankheit in erster Linie auf das Kerngebiet in der Brücke und im verlängerten Mark erstreckt hat, sind eindeutige, charakteristische Veränderungen nicht aufgefunden worden, und auch

gelegentliche Obduktionsbefunde in anderen Organen haben das Leiden nicht in befriedigender Weise erklärt. Bei dieser Sachlage begnügte man sich mit der Anahme, dass es sich bei der Myasthenie um eine funktionelle Neurose oder eine toxische Erkrankung des Nervenystems handele. Eine auf Stoffwechselanomalien beruhende Autointoxikation soll die Ursache des Leidens sein. Auf wie schwachen Füssen indessen diese Hypothese vorläufig noch steht, geht klar daraus hervor, dass von den verschiedenen Autoren buchstäblich jede einzelne Stelle der kortikomuskulären Bahn als Angriffspunkt der Toxinwirkung angesprochen wird, vom Muskel und vom Achsenzylinder des peripheren Nerven an bis zur Pyramidenzelle in der Grosshirnrinde.

Diese Anschauungen waren die herrschenden geworden, als Weigert 1901 seinen interessanten Befund in einem von Laquer diagnostizierten Myastheniefall mitteilte, in dem sich neben einem malignen Thymustumor Thymommetastasen in der Skelettmuskulatur gefunden haben. Mit dieser Aufsehen erregenden Mitteilung Weigerts beginnt eine neue Periode in der Geschichte der Myasthenie. Mit derselben Gründlichkeit wie bis dahin das Kerngebiet am Boden des Aquädukts und des IV. Ventrikels wurde von jetzt ab die Muskulatur histologisch untersucht, und von verschiedenen Seiten wurde alsbald über das Vorkommen von Anhäufungen „lymphoider" Zellen in der Muskulatur berichtet, die mit dem Weigertschen Befunde identisch sein und das Wesen der Myasthenie erklären sollten. Man stellte sich vor, dass durch die Anhäufung dieser lymphoiden Zellen im Muskelgewebe die Abführung der im tätigen Muskel entstehenden Ermüdungsstoffe mechanisch behindert und somit die Vorbedingung für eine Antointoxikation des Organismus geschaffen werde.

Auch im städtischen Siechenhause wurde in einem Falle von Myasthenie in einem intra vitam aus dem linken M. biceps brachii ausgeschnittenen Muskelstückchen die erwähnten Zellanhäufungen gefunden, die für das Leiden charakteristisch sein sollen. An zirkumskripten Stellen des Perimysium internum ist eine zum Teil sehr reichliche, perivaskuläre Infiltration mit Rundzellen vorhanden, die an manchen Stellen in schmalen Zügen zwischen die einzelnen Muskelfasern eindringen und sie gleichsam ringförmig umgeben. Die gleiche Rundzelleninfiltration (Lymphozyten und Leukozyten) fand sich in einem zweiten Falle von Myasthenie aus der Praxis Laquers, in dem gleichfalls intra vitam ein kleines Muskelstückchen aus dem linken M. biceps brachii exzidiert werden konnte. Eine auffällige Vermehrung der Muskelkerne ist entschieden nicht vorhanden, wenn sie auch dadurch vorgetäuscht werden könnte, dass die Rundzellen den Muskelfasern dicht und oft in grösserer Menge anliegen. Die Zahl der Muskelkerne ist sogar — wie eine sorgfältige Zählung ergeben hat — auffällig gering. Es finden sich durch-

schnittlich nur zwei Kerne in der Faser. Weitaus die meisten Kerne sind randständig gelagert; nur in spärlichen Fasern liegen die Kerne auch im Innern des Faserquerschnitts. Die Querstreifung der Muskelfasern ist überall ganz auffallend gut erhalten und zweifellos deutlicher, als man sie in der Regel zu sehen gewohnt ist. Die Längsstreifung tritt dagegen ganz in den Hintergrund.

Es fragt sich nun, steht eine derartige Anhäufung von Rundzellen in irgend einer Beziehung zur Myasthenie? Sie als Geschwulstmetastasen zu deuten, wie es Weigert in seinem Fall getan hat, ist nicht für alle Fälle zulässig. In Weigerts Fall waren sie zweifellos Muskelmetastasen eines malignen Thymustumors. Dort war die Zellanhäufung aber auch eine weit massigere als in den beiden Myastheniefällen des Vortragenden, wie die Demonstration des Weigertschen Präparates zeigt, das in der Sammlung des Dr. Senckenbergischen pathologischen Instituts aufbewahrt wird. Auch in einem von Goldflam veröffentlichten Fall hat es sich anscheinend um Geschwulstmetastasen (Lymphome) im Muskel bei einem primären Lungentumor gehandelt. Für andere Fälle aber ist die Annahme, dass die Zellenhäufungen Geschwulstmetastasen seien, deshalb unzulässig, weil bei der Obduktion keine primären Geschwülste aufgefunden worden sind. Ueberhaupt sind diese Befunde im Muskelgewebe so ausserordentlich geringfügig, dass sie wohl kaum die Ursache der schweren klinischen Erscheinungen der Myasthenie sein können oder gar des Todes, der oft plötzlich eintritt, ohne dass die Obduktion eine greifbare Ursache erkennen lässt.

Bei der Durchsicht seiner Muskelpräparate war dem Vortragenden zunächst aufgefallen, dass auf Querschnittspräparaten einzelne Muskelfasern heller gefärbt erschienen als die anderen. Diese Beobachtung liess anfangs an die Möglichkeit denken, dass die heller gefärbten Fasern sog. „blassen“, die dunkelgefärbten „roten“ Muskelfasern sein könnten. Allein die Durchsicht von Längsschnittpräparaten liess alsbald erkennen, dass in den gleichen Fasern hell und dunkel gefärbte Stellen ziemlich regellos mit einander abwechseln und bei Anwendung geeigneter Methoden zeigte es sich, dass die dunklen Bänder der einzelnen Muskelfasern als sog. „Verdichtungsknoten“ zu deuten sind, d. h. als Erscheinungen des Absterbens der kontraktilen Substanz. Ihr Zustandekommen erklärt sich dadurch, dass ein Stückchen Muskel dem lebenden Menschen entnommen und unmittelbar nach der Exzision noch lebend in Formollösung eingelegt worden war. Immerhin war durch diese an sich fehlerhafte Beobachtung die Aufmerksamkeit auf die Möglichkeit des Vorhandenseins „heller“ Muskelfasern in den Myastheniepräparaten hingelenkt worden und damit eine Anregung zu weiteren Untersuchungen gegeben.

Die Physiologie kennt zwei verschiedene Arten von quergestreiften Muskeln und Muskelfasern, die sich durch den Ablauf der Kontraktion bei faradischer Reizung, durch ihr chemisches Verhalten usw. ausreichend von einander unterscheiden und auch in histologischer Beziehung verschiedene Charaktere zeigen. Sie werden als „flinke" und „träge" Fasern bezeichnet. Die flinken Fasern reagieren bei faradischer Reizung prompt, ermüden aber schnell; die trägen Fasern reagieren langsam, aber ausdauernd, ohne in erkennbarer Weise zu ermüden. Beide Faserarten finden sich in der ganzen Tierreihe, bei Wirbellosen und bei Wirbeltieren; und zwar verlaufen sie bald innig miteinander gemischt in demselben Muskel, bald zu geschlossenen Bündeln vereint. Im letzteren Falle sind die flinken Muskeln gewöhnlich — wenigstens bei den Vögeln und Säugetieren — durch eine hellere Farbe schon für das blosse Auge von den trägen, roten Muskeln zu unterscheiden. Physiologische Versuche an beiden Faserarten, deren Ergebnisse zum Teil schon in der Literatur der 60er und 70er Jahre des vorigen Jahrhunderts niedergelegt sind und eine vergleichend-biologische Betrachtung über die Ortsbewegung der Wirbeltiere, auf die an dieser Stelle nicht näher eingegangen werden kann, haben Knoblauch zu dem Schlusse geführt, dass sich auch an der quergestreiften Muskulatur, deren funktionelle Leistung seither als eine einheitliche aufgefasst worden ist, das biologische Grundgesetz der Arbeitsteilung zeigt. Die flinke Muskulatur leitet die Bewegung lediglich ein; die träge Muskulatur setzt die eingeleitete Bewegung ausdauernd fort.

Die Angaben über helle Fasern in der Muskulatur des Menschen, fast ausnahmslos von physiologischer Seite beigebracht, sind ausserordentlich spärlich. Man weiss oder vermutet wenigstens, dass sich normaler Weise in sämtlichen Skelettmuskeln des Menschen helle Fasern finden und dass sie anscheinend innig gemischt zwischen zahlreichen roten Fasern verlaufen. Von besonderem Interesse ist eine Arbeit J. Arnolds aus dem Jahre 1886 „über das Vorkommen heller Muskeln beim Menschen". Sie betrifft einen Fall, in dem die Skelettmuskulatur schon für das blosse Auge das Kolorit der weissen Kaninchenmuskeln zeigte. Auch bei der mikroskopischen Betrachtung trugen die untersuchten Muskelstückchen die Struktureigentümlichkeiten, die nach Ranvier für die helle Muskulatur des Kaninchens charakteristisch sind, nämlich auffällig deutliche Querstreifung und spärliche Zahl ausschliesslich randständiger Muskelkerne. Arnold hat dem Vortragenden einige mikroskopische Schnitte dieses Falles zum Vergleich überlassen. Es zeigte sich hierbei, dass die Muskel-

fasern in den beiden Myastheniefällen Knoblauchs die gleichen histologischen Charaktere trugen wie die hellen Muskeln in Arnolds Fall.

Wie steht es nun mit diesem Falle? Auch hier findet sich im Perimysium internum die Rundzellenanhäufung, die bisher nur in Fällen von Myasthenie beschrieben worden ist. Der Fall betraf eine 38 jährige Bäuerin aus der Pfalz, die anscheinend bis zum Jahre 1885 gesund gewesen ist. Damals machte sich bei der blühend aussehenden, kräftigen Frau ein allmählich zunehmendes Gefühl von Ermüdung bemerkbar, das anfangs erst im Laufe des Tages nach längerem Arbeiten auf dem Felde eintrat. Ihre Beschäftigung bestand darin, dass sie beim Tabaksbau einzelne Blätter der Tabakspflanzen abbrach, damit die stehenbleibenden Blätter um so kräftiger würden. Es erlahmten ihr hierbei die Hände, so dass sie die Arbeit öfters unterbrechen und sich ausruhen musste, ehe sie weiter arbeiten konnte. In den nächsten Monaten trat zu dieser unerklärlichen Müdigkeit Doppelsehen hinzu, und zwar nur am Abend, wenn das Licht brannte, also in den Stunden, in denen die Bäuerin zu lesen pflegt und die Augen anstrengt.

Der Arzt stellte eine Unterleibsgeschwulst fest, die bis dahin keine direkten Erscheinungen gemacht hatte und führte alle Beschwerden der Kranken auf diese Geschwulst zurück. Bei der Operation, die in der Heidelberger chirurgischen Klinik vorgenommen worden ist, fand sich ein Cystadenoma ovarii; der Wundverlauf war fieberlos und normal. Am 16. Tage stand die Patientin zum ersten Male wieder auf und in wenigen Tagen sollte sie entlassen werden; da stürzte sie plötzlich am folgenden Tage bewusstlos vom Stuhle, nachdem sie bereits einige Zeit ausser Bett gewesen war, und verstarb. Bei der von Arnold ausgeführten Obduktion liess sich eine Ursache des plötzlich eingetretenen Todes nicht auffinden. Es fand sich nichts Pathologisches ausser der „hellen“ Muskulatur. Die Diagnose „Myasthenie“ ist damals nicht gestellt worden. Dies ist aber ganz selbstverständlich; denn Mitte der 80er Jahre ist selbst das klinische Bild der Krankheit noch kaum bekannt gewesen.

Die Annahme eines pathologischen Ueberwiegens der hellen Muskelfasern zu Ungunsten der roten in Fällen von Myasthenie gibt den Schlüssel zur Pathogenese der Krankheit. Die helle, flinke Faser leitet die Bewegung ein und ermüdet rasch; die rote, träge Faser setzt die eingeleitete Bewegung ausdauernd fort. Auf faradische Reizung spricht die helle Faser prompt an und zeigt wiederum eine schnell eintretende Ermüdung; die rote Faser reagiert langsam; aber die Kon-

traktion hält lange an. Ist nun die helle Muskulatur zu Ungunsten der roten in krankhafter Weise vermehrt, so wird die Bewegung zunächst prompt eingeleitet werden. Infolge der schnellen Erschöpfbarkeit der hellen Fasern einerseits und der pathologischen Verminderung der roten Fasern andererseits wird es aber unmöglich sein, die gleiche Bewegung oft und schnell hintereinander zu wiederholen. Vielmehr wird sich unverhältnissmässig rasch die Ermüdung einstellen und erst nach genügender Zeit der Ruhe werden die inzwischen erholten hellen Fasern die gleiche Bewegung wieder einzuleiten vermögen. Analog wird das Verhalten des myasthenischen Muskels gegenüber dem faradischen Strom sein: bei rascher Aufeinanderfolge kurzer Induktionsströme schnelle Abnahme der Intensität der Zuckung bis zum Erlöschen derselben; bei längerer Tetanisierung Nachlassen des Tetanus und Erschlaffung des Muskels noch während der Fortdauer des Reizes. Es wird also bei einer pathologischen Vermehrung der hellen Muskelfasern zu Ungunsten der roten ein Krankheitsbild entstehen, das in seinen prägnantesten Symptomen dem klinischen Bilde der Myasthenie in allen Einzelheiten vollständig entspricht.

Und wenn ferner in Betracht gezogen wird, dass in der ganzen Säugetierreihe und auch beim Menschen nächst dem Herzen die äusseren Augenmuskeln, die Atmungs-, Kau- und Schlingmuskulatur sich normalerweise fast ausschliesslich aus roten Fasern zusammensetzen, so würde ein Ueberwiegen der hellen Fasern gerade in diesen Muskelgruppen, die im Zustande des Wachens ständig in Tätigkeit sind, auch erklären, weshalb in ihnen die ersten Erscheinungen der Myasthenie manifest werden: Doppeltsehen, Ptosis, Kau- und Schlingbeschwerden, Störungen der Respiration und Herzschwäche, die in so vielen Fällen das klinische Bild der Krankheit beherrschen.

Das voraussichtliche Vorkommen von hellen Fasern in allen Skelettmuskeln des Menschen erklärt auch die Tatsache, dass die „myasthenische Reaktion", die in der Hauptsache die „Reaktion der hellen Muskulatur" ist, nicht ausschliesslich der Myasthenie zukommt. Sie wird auch in Fällen zu erwarten sein, in denen die Mehrheit der roten Fasern eine Schädigung erlitten hat, ohne dass es zu einer pathologischen Vermehrung der hellen Fasern gekommen ist. Tatsächlich wird die myasthenische Reaktion gelegentlich auch bei apoplektischen Lähmungen, bei Poliomyelitis, multipler Sklerose, Tabes usw. beobachtet.

Wenn es sich nun bei der Myasthenie um eine Hyperplasie der flinken Muskulatur handelt, so ist a priori zu erwarten, dass auch eine Aplasie derselben vorkommt. Aus einem solchen

Fehlen der hellen Fasern müsste ein klinisches Krankheitsbild resultieren, das in einem markanten Gegensatz zum Bilde der Myasthenie steht. Ein solches Krankheitsbild kennt die menschliche Pathologie; es ist die Thomsensche Krankheit. Bei der Myasthenie wird die erste Bewegung prompt und mit guter Kraft ausgeführt; die ausdauernde Fortführung der Bewegung wird aber wegen der schnell eintretenden Erschöpfung unmöglich. Bei der Thomsenschen Krankheit dagegen ist gerade die Einleitung der ersten Bewegung aufs äusserste erschwert; bei mehrfacher Wiederholung wird sie indessen immer glatter und leichter, und schliesslich ist sie ohne jede Schwierigkeit und ohne Ermüdung auszuführen. Bei der Myasthenie führt der faradische Strom zu prompten, aber an Intensität schnell nachlassenden Zuckungen, die Tetanisierung des Muskels sogar zu einem Abklingen der Kontraktion während der Dauer des Reizes. Für die Thomsensche Krankheit dagegen ist der träge, tonische Charakter der Muskelzuckungen und die lange Nachdauer derselben bezeichnend. Dieser eklatante Gegensatz im klinischen Bilde der Thomsenschen Krankheit und der Myasthenie führt zu der berechtigten Vermutung, dass bei der Thomsenschen Krankheit die hellen Muskelfasern fehlen.

Ueber weitere Veränderungen, die bei der Myasthenie an der Muskulatur vorhanden sind, soll in einer ausführlichen Mitteilung in der Frankfurter Zeitschrift für Pathologie, Bd. 2, Heft 1 berichtet werden. Kurz zusammengefasst geht die Ansicht des Vortragenden dahin: Der Myasthenie liegt ein — wahrscheinlich auf Entwicklungsanomalien beruhendes — krankhaftes Ueberwiegen der hellen Muskelfasern zu Ungunsten der roten zu Grunde und eine einfache Atrophie der hellen Fasern, die mit den Erscheinungen einer chronisch verlaufenden Entzündung, der perivaskulären Rundzelleninfiltration, verbunden ist.

Durch Projektion zahlreicher Mikrophotogramme von Muskelpräparaten, die von Myastheniefällen stammen, werden die Ausführungen Knoblauchs erläutert. Sie mögen dazu anregen, in Zukunft dem normalen Vorkommen von hellen Fasern in der Skelettmuskulatur des Menschen eine viel grössere Aufmerksamkeit als bisher zu widmen. Denn, wie es scheint, spielt in der menschlichen Pathologie die helle Muskulatur eine Rolle, deren Bedeutung, bis jetzt überhaupt noch nicht erwogen worden ist. (Autoreferat.)

Diskussion: Herr Edinger: Die interessante Mitteilung des Herrn Knoblauch bringt als Tatsächliches und Neues den Nachweis, dass die Muskeln bei der Myasthenie den weissen Muskeln gleichen. Wenn der Vorredner annimmt, dass es sich hier um etwas

Angebornes handle, dem die Thomsensche Krankheit gegenübergestellt werden könnte, so sind doch manche Bedenken geltend zu machen. Zunächst tritt das Leiden nicht etwa von der Geburt, sondern sehr viel später auf, dann hat es lange Remissionen, plötzliche Verschlimmerungen und gelegentlich plötzlichen letalen Ausgang. Wie könnte dies bei dauerndem Bestehen der weissen Muskulatur der Fall sein? Dann erklärt diese Hypothese nicht, dass in der Tat in ziemlich allen Fällen Rundzelleneinlagerungen, dass in manchen Geschwulstzellen in den Muskeln gefunden wurden, sie erklärt nicht wie gerade öfter nach Vergrösserungen der Thymus, bei Erkrankungen der Schilddrüsen sich myasthenische Symptome einstellten und es ist ganz unklar, warum Jemand, der immer blasse Muskeln hatte, gerade plötzlich im späteren Leben an ihnen sterben sollte. Die Chwosteck sche Hypothese, nach der es Störung in der Funktion der Parathyreoidkörper, speziell Hypersekretion derselben sein soll, auf welche Myasthenie folgt, hat manches für sich. Man hat ja schon oft an toxische Ursachen gedacht. Jedenfalls müssen wir jetzt annehmen, dass bei der Myasthenie die Muskeln blass werden und weiter suchen, durch was das geschieht, wir sind daher nicht gezwungen, anzunehmen, dass es sich um kongenitales Vorkommen blasser Muskeln handelt.

Herr Benario teilt mit, dass Ehrlich mit bestimmten Giften eine isolierte Degeneration der Zwerchfellmuskulatur erzielt habe.

Herr Neuberger: Ebenso wie die Ehrlichschen Untersuchungen darauf hinwiesen, dass ganz bestimmte Muskelgruppen eine besondere Vorliebe für den bestimmten Farbstoff hatten, mag es für die Verteilung von roten und blassen Fasern vielleicht von Bedeutung sein, dass auch die Trichinosis sich am ersten in ganz bestimmten Muskelgruppen, dem Zwerchfell, den Interkostalmuskeln, den Kehlkopf- und Augenmuskeln, dem Bizeps etabliert. Es sind dies so ziemlich dieselben Gruppen, die für den Ehrlichschen Farbstoff prädisponiert sind und die auch bei der Myasthenie eine besondere Hinfälligkeit aufzuweisen scheinen.

Herr Knoblauch: Besonders Ehrlichs Untersuchungen „über das Sauerstoffbedürfnis des Organismus“ (1885) sind für die vorliegende Frage von Interesse. Wie die verschiedenen Organe des Tierkörpers in verschieden starkem Masse das dem lebenden Körper eingeführte Alizarinblau S zu Alizarinweiss reduzieren, so zeigt auch die Muskulatur eine verschieden starke Reduktionsfähigkeit, indem, wie Kontrollversuche ergeben haben, beim Kaninchen die roten Muskeln ihre Eigenfarbe behalten, während die blassen Muskeln sich stark bläulich färben. Dieses verschiedene Verhalten der beiden Muskelarten erklärt sich dadurch, dass die ausdauernde rote Muskulatur bis zu dem im Strecktetanus erfolgenden Tode des Versuchstiers tätig und demgemäss reduktionsfähig bleibt, während die viel schneller ermüdende blasse Muskulatur längst gänzlich erschöpft ist und damit ihre Reduktionsfähigkeit verloren hat.

Zu der Annahme, dass das Ueberwiegen der „hellen“ Fasern bei der Myasthenie auf einer angeborenen Anomalie beruhe, führt nicht nur der markante Gegensatz, in dem das klinische Bild des Leidens zu dem der Myotonia congenita steht, sondern auch das häufig beobachtete Zusammentreffen der Myasthenie mit an-

deren angeborenen Anomalien und das bekannte Vorherrschen der hellen Fasern in der Skelettmuskulatur bei jugendlichen Individuen einer Tierart, bei deren erwachsenen Individuen die trüben Fasern überwiegen (Kalb und Rind, Lamm und Schaf usw.). Dies macht es in hohem Masse wahrscheinlich, dass alle trüben Fasern der quergestreiften Muskulatur sich aus hellen Fasern entwickeln, also gewissermassen durch das „helle Stadium" hindurchgehen. Mit dieser Annahme stehen die bei der Myasthenie oft beobachteten Remissionen in vollem Einklang, indem die supponierte Umwandlung der hellen in trübe Fasern, die sich normalerweise in einem frühen Stadium der ontogenetischen Entwicklung zu vollziehen scheint, auch noch im späteren Leben des Individuums partiell erfolgen kann.

Auch dass die Krankheitserscheinungen der Myasthenie erst relativ spät manifest werden, ist kein stichhaltiges Argument gegen die Annahme einer angeborenen Anomalie; es entspricht vielmehr der allmählichen Summation der Schädigungen — Ueberanstrengung, Selbstvergiftung der überangestrengten hellen Muskeln — und der dadurch bedingten allmählichen Zunahme der atrophierenden und atrophischen Fasern. Die Rundzellenanhäufung in der Muskulatur der Myastheniker ist eine Erscheinung dieser chronischen degenerativen (atrophierenden) Myositis, während die in einigen Fällen in der Muskulatur nachgewiesenen Geschwulstzellen als Muskelmetastasen maligner Geschwülste anderer Organe aufzufassen sind.

Gewiss wird häufig ein Zusammentreffen der Myasthenie mit Tumoren der Thymus und der Gl. thyreoidea beobachtet, aber nicht häufiger wie mit Tumoren anderer Organe und zwar mit Tumoren der heterogensten Art, während andererseits zahlreiche Fälle von Tumoren und Erkrankungen der Thymus und der Gl. thyreoidea nicht mit den Erscheinungen der Myasthenie verbunden zu sein pflegen. Gerade diese Beobachtung macht es in hohem Masse unwahrscheinlich, dass Myasthenie und Tumoren der Thymus, der Gl. thyreoidea und der Gl. parathyreoidea in einer anderen Beziehung zu einander stehen als der, dass eben beide Krankheitszustände auf angeborenen Anomalien beruhen.

———

Ordentliche Sitzung vom 16. März 1908, abends 7 Uhr, im Hörsaal des Dr. Senckenbergischen Bibliotheksgebäudes.

Vorsitzender: Herr Edinger.
Schriftführer: Herr Cahen-Brach.

Protokollverlesung.

Eingegangen: Einladung zum 25. Kongress für innere Medizin.

Herr **Brodnitz** berichtet über die **Erkrankung des verstorbenen Kollegen Heyder.**

Herr **Hirschberg: Heilung schwerer Knochentuberkulose durch Sonnenbäder im Hochgebirge.**

Die chirurgischen Tuberkulosen sind erst seit wenigen Jahren Gegenstand der Hochgebirgsbehandlung, beziehungsweise der dort während des ganzen Jahres angewendeten Sonnenbestrahlung. Der bekannte Engadiner Arzt Bernhard hatte beobachtet, dass die Engadiner Bauern das frische Fleisch, um es zu trocknen, in die Sonne hängen und er beschloss, diese antiseptische Austrocknung auch bei lebenden Geweben anzuwenden. Und die Finsenschen Ergebnisse der therapeutischen Anwendung der chemischen Strahlen bildeten einen weiteren Anlass für Bernhard, die hydrophilen Eigenschaften der reinen und trocknen Hochgebirgsluft mit der bakteriziden und vernarbenden der Sonnenstrahlen zu vereinigen. Die gleichen Erwägungen veranlassten Dr. Rollier vor mehreren Jahren in dem bekannten 1450 m hoch gelegenen Kurorte für Lungenkranke Leysin — 1 Stunde von Aigle im Rhonetal gelegen — eine Klinik nur für chirurgische Tuberkulosen einzurichten. Vor etwa 2 Jahren machte ich in unserem Verein auf die glänzenden, geradezu verblüffenden Ergebnisse aufmerksam, die ich dort bei Kranken gesehen hatte, die das ganze Jahr der Sonnenbestrahlung ausgesetzt waren. Manchem von Ihnen mag die Schilderung zu schön gefärbt erschienen sein. Heute bin ich jedoch in der Lage, Ihnen einen Knaben von 7 Jahren vorzustellen, dessen Heilung von schwerer Knochentuberkulose in der Rollierschen Klinik alle Erwartungen übertrifft. Wegen ausgedehnter Ellenbogentuberkulose, die trotz weitgehender Resektion des Gelenkes und trotz zahlreicher Nachresektionen nicht heilen wollte, hatte ich vor, die hohe Oberarm-

amputation vorzunehmen. Auch die mehrmals operierten tuberkulösen Knochen im Gesicht, am Stirn-Jochbein und Oberkiefer wollten nicht zur Ausheilung kommen. Ehe ich jedoch den Arm opferte, entschloss ich mich, noch einen letzten Heilversuch in Leysin zu machen. In der Photographie erkennen sie den damaligen trostlosen Zustand des elenden Kindes. Vergleichen Sie jetzt die an den von Zeit zu Zeit aufgenommenen Photographien deutlich erkennbaren Fortschritte in der Heilung und endlich die vollkommene Vernarbung am Arm und im Gesicht, betrachten Sie den ausgezeichneten Allgemeinzustand des Knaben, prüfen Sie die vorzügliche Funktion des Armes und seine Kraft, so werden Sie mir zugeben, dass das Ergebnis der Sonnenbehandlung im Hochgebirge, die sich allerdings auf die Dauer von etwa 20 Monaten erstreckte, einen glänzenden Triumph konservativer Behandlung von schweren Knochentuberkulosen darstellt. Allerdings gebührt Herrn Kollegen Rollier in Leysin das grosse Verdienst des richtigen Verständnisses für die Behandlung selbst der schwersten Fälle von chirurgischer Tuberkulose.

Diskussion: Herr Friedländer weist angesichts dieses glänzenden Behandlungsresultates darauf hin, dass lange bevor Bernhard-Samaden 1904 seine Aufsehen erregenden Erfolge mit Sonnenlichtkuren bei Skrophulose und offener Tuberkulose zeigte und publizierte, Uffelmann-Rostock und Winternitz-Wien diese Methode in den gleichen Fällen auf Grund eigener Erfahrungen empfohlen haben, ersterer in einer 1889 erschienenen Schrift „Ueber die hygienische Bedeutung des Sonnenlichtes", letzterer in einem 1900 auf dem Balneologenkongress in Frankfurt a. M. gehaltenen Vortrage. Wie solche Heileffekte zustande kommen, darüber sind die Ansichten geteilt: die einen meinen, dass durch die starke und anhaltende Besonnung eine Austrocknung der erkrankten Gewebe bewirkt wird, andere glauben, dass die therapeutische Wirkung der Bestrahlung auf einer lokalen Hyperämisierung, ähnlich wie bei der sog. Bierschen Stauung beruht.

Herr **Berg: Nierenexstirpation wegen Tuberkulose.**

Die 33jährige unverheiratete Patientin entstammt einer gesunden Bauernfamilie, selbst nie krank gewesen. Seit 3 Jahren wegen Harndrangs und trüben, mit käsigen Bröckeln vermischten Harns auf Blasenkatarrh behandelt. Harn ergibt dicken Bodensatz, der fast nur aus Eiterkörperchen besteht. Tuberkelbazillen nicht zu finden. Zystoskopisch: In der Gegend der rechten Ureteröffnung kraterförmiges Geschwür, erstreckt sich bis nach der Gegend der linken Ureteröffnung, die nicht sichtbar ist. Rechte Niere vergrössert, beide empfindlich. Funktionsprüfung der linken Niere. Durch Voelckersche Methode befriedigendes Resultat. Der linke Ureterharn Eiweissspuren und Epithelzylinder. Rechts nur farbloser Eiter. Tierversuch nach 5 Wochen trotz Quetschmethode noch keinen Schluss auf Tuberkelbazillen. Ophthalmoreaktion positiv. Positives Resultat der Tierimpfung erst 8 Tage nach der Nephrektomie. Verlauf von seiten der linken Niere ungestört. Blasenharn, der in der ersten Zeit, wohl aus dem Ureterstumpf und der nicht völlig ausgeheilten Blasenläsion, Tuberkelbazillen enthält und trüb ist, wird völlig klar; Ulcus flacht sich ab und reinigt sich. Ureterharn chemisch normal, Nierenfunktion gut. Allgemeinbefinden

gut. Von Zeit zu Zeit Nachforschung nach Tuberkelbazillen im Harn. Demonstration der exstirpierten Niere und des Ureters. An der Grenze zwischen Rinden- und Marksubstanz, die ganze Peripherie einnehmend, walnussgrosse, mit käsigem Eiter gefüllte Kavernen. Ureter fingerdick und starr infiltriert. Hinweis auf die Bedeutung der Funktionsprüfung, speziell nach Voelcker, und der Ophthalmoreaktion.

Herr **Goldschmid: Demonstrationen aus dem Pathologischen Institut.**

1. 32 jähriger Mann mit ausgedehnten tuberkulösen Erkrankungen: abgekapselte käsige Tuberkulose des linken Oberlappens, käsige Bronchiektase, subakut fortschreitende Tuberkulose beider Lungen, verkalkte Bifurkations- und Epibronchialdrüsen. Phthise zweier Markkegel der linken Niere, Tuberkulose des Nierenbeckens, tuberkulöses Ulcus der Blasenschleimhaut. Käsige Tuberkulose der rechten Nebenniere; des rechten Nebenhodens. Ausgedehnte Verkalkung im rechten Ductus deferens. Caries des 10. Brustwirbels. Paravertebrale Abszesse. Käsige Herde im Kleinhirn. Ausscheidungsherde der rechten Niere, bei kompensatorischer Hypertrophie (Prostata, Hoden, Leber frei).

Aeltere Herde als in der Lunge sind in diesem Fall nicht vorhanden, wohl aber gleichalterige. Es lässt sich in diesem Fall sehr schön verfolgen, wie bei der ersten Invasion die Tuberkulose sich von der Lunge aus ausgebreitet hat. An den verschiedenen infizierten Stellen hat sich die Tuberkulose zum Teil weiter entwickelt, zum Teil ist sie abgeheilt. An den Stellen, an denen der alte Prozess nicht zur Ausheilung kam, wie z. B. der Bronchiektase, lässt sich ein andauerndes, langsames Fortschreiten der Tuberkulose nachweisen. Die Wirbeltuberkulose war — nebenbei bemerkt — klinisch latent; nur die Abszesse machten sich durch nicht sehr beträchtliche Rückenschmerzen bemerkbar.

Die Verbreitungsweise der Tuberkulose in diesem Fall liess sich kurz dahin skizzieren, dass man von einem primären Herd in der Lunge die Infektion der Bifurkations- etc. -drüsen annimmt und eine gleichzeitige oder fast gleichzeitige Infektion der linken Niere, der Knochen, des Nebenhodens, der Nebennieren und des Gehirns auf dem Blutwege. Von der linken Niere aus wurde dann später die Blase infiziert, vom Nebenhoden der Ductus deferens. Die offene Bronchiektasie in der linken Lunge sorgte dafür, dass der Prozess in den Lungen nicht zum Stillstand kam. In diesem Fall ist also eine Tuberkulose, die eine deutliche Tendenz zur Ausheilung zeigt, dadurch verhängnisvoll geworden, dass die Ausbreitung an so zahlreichen Stellen und so frühzeitig erfolgte.

2. 31 jähriger Lehrer, der seit einem Jahr leidend ist, seit einem halben Jahr in wesentlich schlechterem Zustand. Die Beschwerden gingen hauptsächlich von der Blase aus. Zuletzt wurden noch 20 bis 30 ccm Urin entleert. Es war klinisch eine Vergrösserung der Prostata nachzuweisen und eine geringgradige Tuberkulose der Lungen; der Urin war stark mit Eiter vermischt und schliesslich rein eitrig. Tuberkelbazillen wurden nie gefunden. Temperatursteigerung auf Tuberkulininjektion. Anatomisch fand sich eine hochgradige Pyonephrose (die rechte Niere nahm die Hälfte des Ab-

domens ein). Chronische fibröse Ureteritis. Ulzeröse eitrige Zystitis. Eitrige Urethritis mit Durchbruch in der Pars cavernosa und eitrige Prostatitis.

3. 40 jährige Frau. Ulzeriertes, schnell zerfallendes Carcinoma uteri. Portio und Cervix sind verschwunden. Das Corpus ist nur an seinem unteren Ende karzinomatös. Das Karzinom hat sich auf die hintere, zum Teil auch auf die vordere Vaginalwand ausgedehnt und ist zum Teil von papillomatösem Bau (mikroskopisch: Carcinoma solidum). Multiple Rektovaginal- und Vesikovaginalfisteln, Tumorumwachsung der Ureteren (Harnstauungsnieren). Nirgends Metastasen nachweisbar. Dauer der Erkrankung ungefähr 1 Jahr.

Herr **Kohnstamm**-Königstein i. T.: **Zur Innervation der Augenbewegungen.**

Vortr. gibt eine Uebersicht über die primären und sekundären Zentren der Augenbewegungen. Von eigenen Ergebnissen (mit Quensel) erwähnt er: Den Nucl. oculo-pontinus ventralis (bisher reticularis tegmenti genannt), der als Schaltkern zwischen Kortex und III. Kernen, bezw. Vierhügeldach aufzufassen ist, den Nucl. angularis (Bechterewschen Kern), der die proximalen Verbindungen des Vestibularapparates vermittelt, den Nucl. loci coerulei, der als der sensible Kern des proximalen Trigeminus-Metamers erwiesen ist. Projektionsbilder einschlägiger normaler und Degenerationspräparate.

Herr **Laudenheimer:** Mitteilung eines Falles von **Polyurie**, der sich nicht nur durch ungewöhnliche Urinquantitäten (bis 30 l) und die oft groteske Art der Durstbefriedigung, sondern auch durch seine eigentümliche Aetiologie und Therapie auszeichnet. Die zuerst versuchte allmähliche Wasserentziehung unter Zuhilfenahme von Amylenhydrat ergab nur ein unvollkommenes Resultat. Es gelang erst die Urinmenge dauernd auf 3—4 l zu reduzieren, nachdem zunächst durch Opium und dann noch wirksamer durch Hypnose der Durst beseitigt war. Es stellte sich schliesslich eine annähernd normale Flüssigkeitsbilanz (ca. 4 l Aufnahme und 3½ l Ausscheidung) her. Dieses Verhalten und der Erfolg der Therapie (welche allerdings nach Entlassung nicht stand hielt) legen den Schluss nahe, dass es sich um eine primäre Polydipsie handelt. Es wird nachzuweisen versucht, dass dieser pathologische Durst vorwiegend psychogener Natur und im Zusammenhang mit den so zahlreichen sonstigen Entartungszeichen des Pat. als Degenerationsphänomen aufzufassen ist. Es wird auf die Prädestination der Dégénérées zu andersartigen „Suchten" (Morphiomanie etc.) hingewiesen. Die eingehende psychologische Begründung dieser Auffassung muss unterbleiben, da der Vortrag durch Schluss der Sitzung unterbrochen wird.

Ausserordentliche Sitzung vom 23. März 1908 abends 7 Uhr im Hörsaal der Dr. Senckenbergischen Bibliothek.

Vorsitzender: Herr Laquer.
Schriftführer: Herr Cahen-Brach.

Protokollverlesung.

Als Gast anwesend Herr Prof. Aug. Hildebrand-Berlin.

Der Vorsitzende bringt ein Schreiben des Stadtarztes, Herrn König, zur Kenntnis, worin er die Gründe für die verzögerte Fertigstellung der Jahresberichte mitteilt.

Demonstrationen aus der chirurgischen Klinik des städtischen Krankenhauses.

Herr **Rehn** berichtet über den weiteren Verlauf zweier bereits vor ca. ¾ Jahren demonstrierter Fälle von radikal operiertem, ausgedehntem **Karzinom des Oberkiefers** und der **Orbita.** Der eine Fall ist jetzt ca. 2½ Jahre rezidivfrei; bei dem zweiten Fall, der demonstriert wird, ist zur Deckung des ausgedehnten Defektes der linken Gesichtshälfte ein Lappen aus der Stirnhaut mit der Hautfläche nach innen nach unten geschlagen und dann mit Epithel bedeckt worden. Auch dieser Fall ist bis jetzt (½ Jahr p. o.) rezidivfrei. Bei dem ersten Fall wurde zur vorhangartigen Bedeckung des Defektes zum Teil das herabgeklappte obere Augenlid benutzt.

Herr **Amberger** berichtet:

1. Ueber einen Fall von Resektion eines 160 cm langen **Dünndarmstückes** bei einem 11 jährigen Knaben. Es handelte sich um einen Strangulationsileus der distalen Dünndarmpartie durch ein echtes Meckelsches Divertikel. Dasselbe sass 40 cm von der Ileozoekalklappe entfernt — Gangrän des Darmes in 160 cm Ausdehnung, Resektion, Vereinigung End zu Seit.

Glatter Heilungsverlauf, gute Nahrungsausnützung, erhebliche Gewichtszunahme.

2. Ueber einen Fall von **Invagination** im Bereich des unteren Dünndarmabschnittes. Dieselbe bestand seit ca. 30 Stunden und fand sich bereits diffuse Peritonitis. Resektion der ca. 75 cm langen gangränösen Darmpartie, zirkuläre Naht, Ausspülung des Bauches und

Drainage desselben. Peritonitische Erscheinungen dauern noch 2 Tage an. Dann reaktionsloser Verlauf. In der invaginierten Darmpartie fand sich ein 1 cm langer Teil einer Stecknadel alle drei Wandschichten durchbohrend.

3. Fall von geplatzter interstitieller **Tubargravidität mit Zwillingen M. IV.**

Typische Anamnese. Sofortige Operation, frei im Abdomen zwei eineiige (16 cm lange) Föten. Uterusfundus total zerrissen, wie ein Deckel aufgeklappt — supravaginale Amputation. Im Verlaufe am 3. Tage akute Magendilatation, 5 Tage andauernd, dann glatter Heilungsverlauf.

Herr **Lippert:** Demonstration

1. eines 61 jährigen Patienten, bei dem vor 3 Monaten von Herrn Prof. Rehn die **Prostatektomie suprapubica** ausgeführt worden ist. Trotz sehr starker Blasendistension und reichlichem Residualharne (1000 ccm) ist der Erfolg der Operation ein guter: Patient kann den Urin über 4 Stunden halten und die Blase im Strahle völlig entleeren.

2. einer 8 cm langen, 6 cm breiten und 4½ cm dicken **Prostata**, die ebenfalls durch die Freyersche Methode entfernt worden ist. Operation durch Herrn Professor Rehn. Bei dem 74 jährigen Patienten war 25 mal die Lithotrypsie gemacht worden, natürlich ohne jeden Erfolg, da sich infolge der durch die Prostatavergrösserung bedingten Harnstagnation immer sehr rasch wieder neue Konkremente bildeten. Bei der Operation wurden 31 Blasensteine mitentfernt.

Im Anschluss daran Besprechung der Behandlungsmethoden der Prostatahypertrophie und Kritik der Leistungsfähigkeit derselben.

Herr **Propping:**

1. Stellt eine Patientin vor, bei der **im Verlaufe von 3 Jahren 3 Laparotomien** vorgenommen werden mussten. Im Oktober 1905 bestand Adhäsionsileus infolge Verwachsung einer Ileumschlinge mit einer Narbe des Uterus nach Myomexstirpation bei gleichzeitig bestehender Gravidität. Der wachsende Uterus hatte die Ileumschlinge spitzwinklig abgeknickt und im 9. Monat Ileus herbeigeführt. Um nach Lösung der Adhäsion den Bauchraum zur Aufnahme der geblähten Schlingen zu verkleinern und der laparotomierten Frau die Beschwerden einer Geburt nicht zuzumuten, musste Sectio caesarea angeschlossen werden. Heilung. Kind lebt.

Ein Jahr später Laparotomie wegen Ileus infolge ausgedehntester Adhäsionen des Ileum. Vorlagerung eines auslösbaren Darmkonvoluts nach seitlicher Anastomose zwischen zu- und abführendem Schenkel. Heilung.

Jetzt, im Januar 1908 Uterusruptur an der Stelle der Kaiserschnittnarbe in der Nachgeburtsperiode bei versuchter manueller Plazentarlösung.

Totalexstirpation des Uterus. Heilung.

2. Eine 16 jährige Patientin, die im Mai 1907 wegen jauchiger Peritonitis, hervorgerufen durch 3 tuberkulöse Dünndarmstenosen, laparotomiert wurde. Zunächst Heilung durch einfache Laparotomie. Im Dezember 1907 jedoch Rezidiv: wiederum jauchige Peritonitis. Prof. Rehn entschloss sich zur **dreifachen Darmausschaltung** durch

drei seitliche Knopfanastomosen. Heilung der Peritonitis und der Stenosebeschwerden, jedoch sind die Murphyknöpfe noch nicht abgegangen.

Herr v. **Büngner** stellt eine Patientin vor mit **Choledochusverschluss durch Stein**, nach vor ca. 1 Jahr ausgeführter Cholezystektomie. Bei dieser war eine sorgfältige Revision der Gallengänge erfolgt, ohne dass ein Stein gefunden wurde. Es liegt also die Wahrscheinlichkeit eines echten Rezidivs vor. Patientin war sehr heruntergekommen; bei der von Herrn Prof. Rehn ausgeführten Operation fand sich ein kirschgrosser Stein im Choledochus. Im Anschluss hieran erörtert Vortragender die Möglichkeit echter Gallensteinrezidive durch Steinbildung in den höheren Gallengängen.

Herr **Klose** stellt einen Fall von **Pneumokokkenperitonitis** vor. Ein fünfjähriges Mädchen erkrankt an kruppöser Pneumonie. Die Rekonvaleszenz bleibt aus, dagegen stellen sich die objektiven Zeichen der diffusen Peritonitis ein, die mit Rücksicht auf die Anamnese die Spezialdiagnose ermöglicht. Die am 23. Tage nach der primären Erkrankung vorgenommene Laparotomie bestätigt die Diagnose. Es erfolgte Heilung. Die in letzter Zeit beobachtete Häufigkeit der Pneumokokkenperitonitis mahnt uns ihr unsere Aufmerksamkeit mehr als bisher zuzuwenden. Ob in der Tat die klinisch primären Formen häufiger als die sekundären sind, wird die weitere Beobachtung entscheiden müssen.

Herr **Wolff** bespricht die Anwendung von **Elfenbeinstiften**, die in die Markhöhle der Knochen eingelegt bezw. eingetrieben werden, bei Frakturen, die zur Dislokation neigen oder nicht konsolidieren, bei Pseudarthrosen und zu osteoplastischen Zwecken. Demonstration einiger in der letzten Zeit mit Erfolg nach dieser Methode behandelter Fälle: alte komplizierte, fistelnde Unterschenkelfraktur, Pseudarthrose am Unterarm und Ersatz eines Schenkelhalses und Femurkopfes durch einen Elfenbeinstift. In letzterem Falle war bei einem Kinde wegen Hüftgelenksankylose in rechtwinkliger Beuge- und in Adduktionsstellung die Hüftgelenksresektion ausgeführt, und der resezierte Schenkelhals und Kopf der Femur durch einen in den Trochanter einerseits, die Pfanne andererseits eingefügten Elfenbeinstift ersetzt, um die Verkürzung des Beines zu verringern und einer Adduktionsstellung vorzubeugen. Der Stift ist glatt eingeheilt, das funktionelle Resultat ist ein sehr gutes. Demonstration einer Ulna, bei der ein 8 Jahre ante exitum eingelegter Elfenbeinstift bis auf geringe Reste resorbiert ist.

Herr **Erhard Schmidt** zeigt einen 24 jährigen Mann, bei dem Professor Rehn am 17. Februar die linke **Skapula** wegen akuter primärer Osteomyelitis total **exstirpiert** hatte. Die Erkrankung hatte sich im Anschluss an eine seit etwa 4 Monaten bestehende Furunkulose des Nackens und der Gegend des linken Ellbogengelenkes entwickelt. Zunehmender Verfall mit anhaltendem hohen Fieber und beginnender septischer Myokarditis ergaben die Indikation zu radikalem Vorgehen, nachdem mehrere Inzisionen im Bereich der Fossa supra- und infraspinata erfolglos geblieben waren. Bei der in typi-

scher Weise ausgeführten Operation konnte der grösste Teil des Periostes, das an einzelnen Stellen bereits durch Abszesse abgehoben war, erhalten bleiben, so dass nach etwa zwei Wochen bereits deutliche Knochenneubildung im Röntgenogramm zu beobachten war, die sich besonders in der Gegend des Collum scapulae fand und schnell an Intensität und Ausdehnung zunahm. Die passive Beweglichkeit ist jetzt in fast vollem Umfange möglich, die aktive noch stark eingeschränkt. Die Symptome allgemeiner Infektion schwanden bald nach der Operation völlig.

An der exstirpierten Skapula fehlt die kompakte Knochensubstanz im Bereich der Spina, des Margo superior, Acromion und Angulus medialis mehr weniger vollständig. Das Röntgenbild zeigt auch im Bereich des Corpus mehrere osteomyelitische Herde.

Diskussion: Herr Hirschberg: Herr v. Büngner hat die Sache so dargestellt, als ob nur noch die Entfernung der Gallenblase die Cholezystektomie — berechtigt wäre. Demgegenüber möchte ich betonen, dass ein so erfahrener Chirurg wie Kocher noch neuerdings einen anderen Standpunkt einnimmt, dass er die Eröffnung der Gallenblase bei Gallenblasensteinen ausführt und anrät. Aber gerade im Hinblick auf den uns vorgestellten Fall, in dem das Rezidiv im Choledochus durch hinabgewanderte Lebergallengangskonkremente entstanden sein soll, sollte man die Zystostomie, oder Zystotomie, vorziehen, weil die erhaltene Gallenblase ein gutes Ventil für solche Steinrezidive bildet und wenn man genötigt ist ein zweites Mal zu operieren, das bei erhaltener Blase einfach ist, beim Fehlen der Gallenblase man aber oft unüberwindlichen Schwierigkeiten begegnet. Ich habe es neulich an einem dem vorgestellten Fall ähnlichen erfahren, wie gut es war, dass ich bei der ersten Operation die Gallenblase zurückliess. Als sich nach Jahren ein Narbenverschluss am Choledochus bildete, an dem ich bei einer zweiten Operation die Choledochotomie gemacht hatte, wurde die Lebensgefahr nur dadurch abgewendet, dass sich ein grosses Gallenblasen- und Zystikusreservoir gebildet hatte und so die Leber vor starker intratepatischer Gallenstauung bewahrt blieb.

Herr v. Wild hat 11 Fälle von Cholelithiasis in Beobachtung, die operiert wurden. 5 dieser Fälle rezidivierten, 2 mussten nach Jahresfrist wieder operiert werden, bei ihnen fanden sich wieder grosse Steine. Bei einem dritten vor 8 Jahren operierten Fall besteht seitdem eine Gallenblasenbauchdeckenfistel, aus der sich von Zeit zu Zeit kleine Konkremente entleeren oder extrahiert werden können. In diesen Fällen wurde die Gallenblase nur eröffnet und entleert nicht exstirpiert. Die Fälle, bei denen die Blase exstirpiert wurde, rezidivieren nicht. Er lässt deshalb, wenn irgend möglich, die Blase exstirpieren. Von den 12 operierten Fällen starben 2, bei dem einen handelte es sich um Karzinom, bei dem anderen um Choledochusverschluss durch Stein. Hier wurde 2 Monate später operiert wie W. vorgeschlagen. Von nichtoperierten Fällen von Cholelithiasis endeten 3 tödlich. Bei den zum zweiten Male operierten Fällen fanden sich mehrere grosse facettierte Steine, die offenbar schon zur Zeit der 1. Operation vorhanden waren, damals aber wahrscheinlich im Duct. hepatic. lagen, wenigstens wurde Blase, Zystikus und Choledochus genau untersucht.

Herr Hanau fragt an, ob die beiden bei der zweiten Gallensteinoperation entfernten Steine allseitig facettiert waren oder nur je eine Reibungsstelle an der gemeinsamen Berührungsfläche zeigten.

Herr v. Büngner erwidert, die Steine seien allseitig facettiert gewesen.

Herr **M. Neisser: Mitteilung und Demonstration über Desinfektion am Krankenbett.**

Der Frankfurter Verein für Hygiene hat in Anbetracht der Wichtigkeit einer sachgemässen Desinfektion am Krankenbett eine Organisation geschaffen, die es dem Arzte ermöglicht, auf eine sachgemässe Desinfektion und Isolierung bei ansteckenden Erkrankungen zu dringen. Der Verein stellt auf telephonische Benachrichtigung seine für diesen Zweck ausgebildete Schwester, welche die Anwendung der Desinfektionsmittel vorzeigt, ferner leihweise ein besonderes Instrumentarium und schliesslich gedruckte Plakate zur Verfügung. Das besonders zusammengestellte Instrumentarium enthält z. B. 3 weisse Mäntel, wovon einer für den Arzt bestimmt ist, ferner besondere Gefässe zur Desinfektion von Essgeschirren etc.

Ordentliche Sitzung vom 6. April 1908, abends 7 Uhr, im Hörsaal der Dr. Senckenbergischen Bibliothek.

Vorsitzender: Herr Laquer.
Schriftführer: Herr Cahen-Brach.

Protokollverlesung.

Der Vorsitzende widmet dem verstorbenen Kollegen Harbordt einen warmen Nachruf. Sein Andenken wird in der üblichen Weise geehrt.

Herr **Jacobsthal:** Demonstrationen aus dem pathologischen Institut: a) **Fall von Aortenaneurysma;** b) **Aneurysma der Arteria anonyma;** c) **Zystenniere;** d) **Angina Ludovici.**

Diskussion: Herr Seuffert.

Herr **Joh. Julius Schmidt: Ueber die Keating-Hartsche Methode der Karzinombehandlung.** (Mit Demonstration der Apparate.)

Der Vortragende geht aus von dem therapeutischen Indikationsgebiet der d'Arsonvalströme, die er in ihrer allgemeinen Anwendung durch Autokonduktion bei verschiedenen Stoffwechselstörungen verwirft, während deren lokale Verwendung sichere anästhesierende, analgesierende und antipruriginöse Wirkungen entfaltet, selbst oberflächliche Karzinome heilen kann, wie Rivière, Strebel u. a. bestätigen. Keating-Hart ging einen Schritt weiter, indem er durch Erhöhung der Leistungsfähigkeit der Apparate 8—10 cm lange Funken in tiefe maligne Tumoren einschlagen liess, wobei er weniger eine Verschorfung als eine Erweichung anstrebte. Die Krebszellen werden elektiv zerstört und das Bindegewebe geschont, es tritt eine rasche Benarbung und Epidermisierung ein, die Narben sind nicht adhärent, eine einsetzende Lymphorrhöe schwemmt die mikroskopischen Tumorelemente heraus. Das Verfahren, durch stetes Zusammenarbeiten mit dem Chirurgen „methode electro-chirurgicale" genannt, wird näher beschrieben, ebenso das jetzt in Deutschland gebräuchliche, durch die Veifawerke verbesserte Instru-

mentarium geschildert. Eine schädigende Einwirkung auf den Gesamtorganismus findet durch diese Methode nicht statt, die früheren Schmerzen verschwinden, die Blutungen hören auf, die Kranken verlassen sehr bald das Bett. Keating-Hart, der von allen deutschen Aerzten als objektiver und wissenschaftlicher Beobachter geschildert wird, hat bei den Karzinomgruppen die Blitzbehandlung angewandt: bei Hautkarzinomen, besonders des Gesichts, mit 95 Proz., bei Mammakarzinom mit 40—50 Proz. und bei Schleimhautkrebsen mit 20—25 Proz. Heilung; Zungen- und Kehlkopfkrebse haben stets das schlechteste Heilresultat ergeben. Diejenigen Fälle werden durch die Keating-Hartsche Methode eher geheilt werden können, bei denen es gelingt, alles Krebsgewebe der Fulguration zugänglich zu machen. Die im hiesigen Marienkrankenhaus fulgurierten Fälle können über den Wert oder Unwert der Methode deshalb keine sichere Antwort geben, weil sie von vornherein für diese Therapie sehr ungünstig lagen. Nur bestimmte, durch die Erfahrung herauszufindende Fälle werden für das neue Verfahren geeignet sein, weshalb der Vortragende auffordert, dasselbe weiter zu versuchen und nachzuprüfen.

Diskussion: Herr Julius Friedlaender: Der Vortragende hat unter den Autoren, die die sogen. Fulguration der Karzinome besonders befürworten, auch Herrn Strebel in München genannt, der in der Tat schon 1904 günstige Versuchsresultate mit diesem Verfahren publiziert hat. Es muss aber demgegenüber betont werden, dass Strebel neuerdings (Deutsche med. Wochenschr., 1908, 14) seine Empfehlung der Methode sehr eingeschränkt hat, indem er sich auf Grund weiterer mehrjähriger Erfahrungen dahin ausspricht, dass die Bestrahlung mit Funkenströmen, sei es auf kürzere oder weitere Distanzen, mit oder ohne Kühlung, nur rein lokale Effekte aber keine Heilungen erziele und eine neue Epoche in der Behandlung des Krebses damit nicht angebrochen sei.

Ausserordentliche Sitzung vom 13. April 1908 abends 7 Uhr im Hörsaal des Senckenbergischen Bibliothekgebäudes.

Vorsitzender: Herr Laquer.
Schriftführer: Herr Cahen-Brach.

Protokollverlesung.

An Stelle des plötzlich verhinderten Herrn Cuno berichtet Herr Cahen-Brach über die Fortschritte, die in der unter der Kontrolle des ärztlichen Vereins stehenden **Frankfurter Milchkuranstalt** in den letzen Monaten erzielt worden sind. Trotzdem der Sterilisierungsapparat noch nicht aufgestellt wäre, habe der Bakteriengehalt der Milch auf die verstärkte Reinhaltung der Kühe und Aenderungen im Seihverfahren hin 4000 Keime pro Kubikzentimeter erreicht, also eine ausserordentlich niedere Zahl. Bedauerlicherweise jedoch sei, wohl infolge der Preissteigerung der Milch, die jetzt 60 Pfg. statt wie früher 50 Pfg. koste, der Absatz von 1000 Liter pro Tag auf 800 Liter heruntergegangen und sinke noch fortwährend. Im Interesse der Anstalt bäte er die Kollegen dringend, für deren Milch Propaganda zu machen.

Der Vorsitzende schlägt unter Zustimmung der Versammlung vor, einige diesbezügliche Mitteilungen auf die Einladungskarte zu drucken.

Eingegangen: Schreiben des Magistrates über die auch für das Rechnungsjahr 1908 wieder gewährte Beihilfe von 1200 M. für die Drucklegung des Jahresberichtes.

Schreiben des Vorsitzenden des Aerzteverbandes für freie Arztwahl, Herrn Eiermann, betreffs eines Vortragszyklus über: „Der Arzt als Gutachter auf dem Gebiete der Arbeiterversicherung", den der Direktor a. D. im Reichsversicherungsamt, Herr Oberregierungsrat Pfarrius halten will. Auf die nächste Einladungskarte soll eine entsprechende Mitteilung gedruckt werden.

Einladung zur Tagung des Vereins süddeutscher Laryngologen.

Sodann hält Herr **E. Hübner** sein angekündigtes Referat über: **Die ambulatorische Behandlung der Rekonvaleszenten und der versicherten Dienstboten.**

In der Sitzung der Stadtverordnetenversammlung vom 19. März 1908 stellte Herr de Bary folgenden Antrag:

„Die Stadtverordnetenversammlung wolle beschliessen: den Magistrat zu ersuchen, zu prüfen, ob nicht in ähnlicher Weise wie die Stadtverordnetenversammlung für die Dienstbotenversicherung vorgeschlagen hat, die ambulante Nachbehandlung für die einer ferneren Pflege im Krankenhause nicht mehr bedürftigen Kassenmitglieder eingeführt werden kann."

Unter dem 27. März 1908 richtete der Vorstand des Aerzteverbandes für freie Arztwahl an den Standesausschuss die Bitte, er möge geeignete Schritte tun, um diese ambulante Nachbehandlung zu verhüten, in welcher er eine schwere Schädigung der Interessen sowohl der praktischen Aerzte überhaupt als der Kassenärzte im besonderen erblickt, er befürchtet ausserdem, dass die geplante Einrichtung sich sehr bald zu einer Städt. Poliklinik auswachsen würde.

Der Standesausschuss hat sich in seiner Sitzung vom 12. April unter Zuziehung der Vorsitzenden des Aerztlichen Vereins und des Aerzteverbandes für freie Arztwahl, sowie unter Einladung des Herrn de Bary, der leider beruflich verhindert war, zu erscheinen, beschäftigt; er hat zwei — später aufzuführende Resolutionen gefasst und Herrn E. Hübner beauftragt, in der für den 13. April einzuberufenden ausserordentlichen Sitzung dem Aerztlichen Verein Bericht zu erstatten.

Der Referent hat behufs eingehender Orientierung über die Genese des Antrages de Bary bei dem Antragsteller selbst wie auch auf dessen Rat bei Herrn Stadtrat Lautenschlager die ihm nötige Auskunft erbeten und in liebenswürdiger und ausgiebiger Weise erhalten.

Danach ist der Antrag hervorgegangen aus dem Bestreben, der fortgesetzten Ueberfüllung der städtischen Krankenanstalten zu steuern, welche die tagtägliche Abweisung einer erheblichen Anzahl von Kranken zur Folge hatte. Die städtischen Behörden waren nicht mehr im stande, ihren Verpflichtungen gegenüber der Bürgerschaft, den Krankenkassen und den bei ihnen versicherten Dienstboten nachzukommen. Eine Prüfung des Krankenmateriales ergab, dass die Zahl derjenigen Krankenhausinsassen, welche einer Krankenhausbehandlung nicht mehr bedürftig waren, sehr gross war und dass durch deren Entlassung dem Uebelstande sofort abgeholfen werden konnte. Diese Entlassung war umsomehr geboten, als die Stadt für jeden Patienten täglich einen erheblichen Zuschuss leisten muss, eine Leistung, welche ausschliesslich für solche Kranke berechtigt erscheinen darf, welche unbedingt der Krankenhauspflege bedürftig sind. So kam es, dass ein Teil der Krankenhausinsassen entlassen und bis zur völligen Herstellung ambulant nachbehandelt wurde. In dem neuen Vertrage mit der Ortskrankenkasse ist vorgesehen, „dass Kranke, bei denen Anstaltsbehandlung nicht mehr notwendig ist, vorläufig entlassen und zur Nachbehandlung in das Krankenhaus bestellt werden können."

Aus diesem Wortlaut geht hervor: 1. dass sich diese Einrichtung von einer Poliklinik ihrem Wesen nach unterscheidet, da es sich nur um eine Nachbehandlung klinischer Kranker handelt und 2. dass die Nachbehandlung stattfinden „kann", also nicht einen bleibenden Charakter zu haben braucht.

Im Uebrigen haben sich die Verhältnisse durch diesen Beschluss folgendermassen gestaltet:

Die Stadt nützt ihre Hospitäler besser aus und zahlt nicht mehr den unnötigen und unberechtigten Zuschuss.

Die Kassen haben einen Vorteil zum mindesten schon dadurch, dass sie für eine grosse Zahl von Mitgliedern jetzt nur das Krankengeld statt des meist höheren Verpflegungssatzes zu zahlen haben.

Die Aerzte erhalten das gleiche Pauschale wie früher, nur eine Verschiebung in der Anzahl der Scheine wird voraussichtlich eintreten.

Eine materielle Schädigung der Aerzte findet also nicht statt, wohl aber eine Einengung ihres Arbeitsgebietes.

Wenn auch jetzt nicht die Absicht besteht, städtische Polikliniken einzurichten — wie der zuständige Dezernent Stadtrat Lautenschlager dem Referenten mitteilte, so muss doch dem unbefangenen Beobachter die ganze Ausgestaltung der städtischen Krankenanstalten den Gedanken aufdrängen, dass Lehrzwecke damit beabsichtigt sind und dass diese Lehrzwecke gebieterisch die Einrichtung von Polikliniken erfordern werden.

Diese aber brauchen leitende Aerzte und so dürfte wohl noch eine Anzahl von Professoren in Frankfurt a. M. einziehen.

Wenn es nun für die Aerzteschaft Frankfurts von höchstem Wert ist, dass in die Direktorenstellen der Krankenhäuser Männer von hervorragender Bedeutung berufen werden, deren Rat ihnen zur Verfügung steht, so ist es aber durchaus nicht von Vorteil, dass eine grössere Anzahl von Professoren gleichsam als die privilegierten Konsiliare hieher berufen werden. Dadurch wird das Niveau der Frankfurter Aerzte gedrückt, ihre Arbeitsfreude und ihr Streben ganz sicher nicht gefördert — denn die Hoffnung, sich im Laufe der Jahre eine solche Wertschätzung unter den Kollegen zu erringen, dass sie ihn zu Rate ziehen, ist jedem, der das versuchen wollte, von vornherein abgeschnitten, schon darum, weil das Publikum sich stark für den in hervorstechender Stellung befindlichen Professor entscheiden wird.

Noch nach einer anderen Seite hin verdient die Sache betrachtet zu werden. Es ist für die gesamte Bürgerschaft von hohem Wert, dass die Aerzte der Stadt in freudigem Schaffen und Streben ihre Berufsarbeit tun, denn gerade sie sind es, welche durch ihre tägliche Kleinarbeit das hygienische Niveau der Bevölkerung heben. Wir leben in einer Zeit von geradezu hygienischer Grundstimmung. Kurse, Vorträge, Flugblätter usw. arbeiten ununterbrochen in diesem Sinne.

Alle diese Bestrebungen aber haben nicht im entferntesten die gleiche Wirkung, wie die Belehrung des Arztes, welche im konkreten Fall erteilt und unterstützt wird durch den Wunsch nach Heilung, Genesung oder Besserung seitens des Patienten und seiner Umgebung. In dieser überaus wertvollen Tätigkeit soll man die Aerzte unterstützen und dies geschieht vor allem dadurch, dass man sie frisch und berufsfreudig erhält, in keiner Weise ihr Streben abschwächt.

Von allen solchen Erwägungen ausgehend hat der Standesausschuss folgendes Resultat angenommen:

> „Der Aerztliche Verein ersucht den Magistrat, Sorge zu tragen, dass die ambulante Nachbehandlung der aus dem Städtischen Krankenhause Entlassenen sich nicht zu einer Städtischen Poliklinik auswachse.“

Im Anschluss hieran hat der Standesausschuss sich noch mit der Frage der Dienstbotenbehandlung beschäftigt.

Die hier eingeführte Dienstbotenversicherung nimmt der Dienstherrschaft nur einen Teil der Verpflichtung ab, welche der § 617 des BGB. ihnen auferlegt, die Verpflegung und Behandlung bei Erkrankungen, welche Arbeitsunfähigkeit zur Folge haben. Es kann keinem Zweifel unterliegen, dass diese Halbheit für die Dauer unhaltbar ist und dass in die Versicherung auch die leichteren Erkrankungen aufgenommen werden müssen.

Für diese könnte sich die Dienstbotenversicherung ihrerseits bei der BVC. Frankfurt a. M. versichern in der Weise, dass sie den Aerzten der Stadt die Behandlung der nicht krankenhausbedürftigen Dienstboten überträgt. Damit wäre den Dienstherrschaften in einer sehr zweckmässigen Weise eine trotz der Versicherung auf ihnen lastende Bürde genommen, was zu der Popularität der Versicherung sehr erheblich beitragen würde. In Betracht zu ziehen wäre, dass der zur Zahlung verpflichtete Teil nicht der Dienstbote, sondern die Herrschaft ist, was bei der Zumessung des Honorars von Bedeutung sein muss. — Die in dieser Sache beschlossene Resolution lautet:

„Der Aerztliche Verein hält einen Ausbau der Dienstbotenversicherung nach der Richtung für wünschenswert, dass auch den der Krankenhauspflege nicht bedürftigen Dienstboten ärztliche Behandlung auf Grund ihrer Versicherung gewährt wird und ersucht den Magistrat, diese Behandlung durch einen Vertrag mit der Bezirksvertragskommission Frankfurt den Aerzten der Stadt zu übertragen."

Diskussion: Herr Eiermann will versuchen, die Frage sine ira zu besprechen, kann aber nicht zusagen, dass dies auch sine studio geschehen wird. Bei der Wichtigkeit der Sache für die ganze Frankfurter Aerzteschaft wird man das wohl auch nicht verlangen.

Der Herr Referent hat vorhin hervorgehoben, dass nach den ihm von zuständiger Stelle gewordenen Mitteilungen die zeitweise Ueberfüllung der Hospitäler die Veranlassung war, dem Gedanken einer Ambulanz in den Krankenhäusern näher zu treten. Demgegenüber muss betont werden, dass ein vielleicht alle paar Jahre einmal auf ganz kurze Zeit etwa eintretender Notstand die Einführung einer derartig einschneidenden, dauernden Institution durchaus nicht rechtfertigt. Man muss vielmehr bei allem guten Willen und trotz aller gegenteiligen Versicherungen dabei auf den Gedanken kommen, dass grosse Polikliniken in allen Abteilungen eingerichtet werden sollen und dass die ambulante Behandlung Rekonvaleszenter, vorher im Krankenhaus Verpflegter nur der erste Schritt dazu ist, dem notwendigerweise die anderen folgen müssten.

Auf kassentechnische Fragen, die sich hierbei aufdrängen, wie Bestätigung der Erwerbsunfähigkeit durch die Assistenten der Hospitäler u. ä. einzugehen, sei hier nicht der Ort. Sich darüber mit den Vereinigten Krankenkassen auseinanderzusetzen, sei vielmehr Sache des Aerzteverbandes für freie Arztwahl, der zu beurteilen wissen werde, ob durch derartige Massregeln seine Verträge mit den Vereinigten Krankenkassen nicht verletzt würden.

Ausserordentlich überrascht gewesen ist der Redner über die vom Ref. verlesene Bestimmung des neuen Vertrages der Kranken-

häuser mit den Vereinigten Krankenkassen, dass nämlich „Kranke, bei denen Anstaltsbehandlung nicht mehr notwendig ist, vorläufig entlassen und zur Nachbehandlung ins Krankenhaus bestellt werden können." Der Aerzteverband für freie Arztwahl wisse von dieser Bestimmung kein Sterbenswörtchen, obwohl sie ihn doch sehr nahe anginge. Was die Auslegung dieser Bestimmung durch den Ref. betreffe, so kann sich Redner nicht mit ihr einverstanden erklären. Er ist vielmehr der Meinung, dass nicht die Krankenkasse, sondern das Krankenhaus gebunden sei, ihm von der Kasse ambulatorisch zugewiesene Patienten zu behandeln. Das gehe doch aus dem Wortlaut klar hervor.

Die vom Ref. hervorgehobenen Vorteile einer solchen Massregel für die Kassen, wie dass das Krankengeld in vielen Fällen kleiner sei als der Verpflegungssatz im Hospital, seien völig zutreffend. Aber sie erschöpften sich nicht damit. Es kämen dazu grosse Ersparnisse an Verbandmaterial, Medikamente usw. Ausserdem stünden ihnen auch wesentliche Nachteile gegenüber. Denn es würde in sehr vielen Fällen ganz zweifellos der Wiedereintritt der Erwerbsfähigkeit durch vorzeitige Entlastung mit folgender ambulatorischer Behandlung in dem oft weit von der Wohnung entfernten Krankenhaus stark hinausgezögert, ganz abgesehen davon, dass man von den jungen Hospital-Aerzten unmöglich eine zutreffende Beurteilung der sozialen und häuslichen Verhältnisse verlangen könne, die doch hiebei äusserst wichtig seien.

Nun hat der Herr Ref. weiter angeführt, materiell ergebe sich für den Aerzteverband für freie Arztwahl keine Aenderung aus der neuen Einrichtung. Denn die Kassen zahlten ja ein Pauschale pro Kopf und Jahr, das den Aerzten in ihrer Gesamtheit auf jeden Fall zugute komme. Dies letztere ist richtig, trotzdem aber das Ganze nur sehr cum grano salis richtig. Man müsse nämlich folgendes bedenken: Wenn nämlich — in nicht zu ferner Zeit — neue Verträge mit den Krankenkassen geschlossen werden müssten, dann seien diese auf Grund der neuen Einrichtung in der Lage, etwaigen Forderungen der Aerzte auf Erhöhung des Honorars mit dem Hinweis zu begegnen, dass ja jetzt ein grosser Teil der bisher von den frei praktizierenden Aerzten geleisteten Arbeit von der Ambulanz der Krankenhäuser übernommen sei und dass dadurch das den einzelnen Aerzten für ihre Leistungen zukommende Entgelt sich wesentlich gesteigert habe. Insofern sei also die neue Einrichtung für die Aerzte doch auch von ganz wesentlicher materieller Bedeutung. Und dass die Kassen diese und noch andere Einwände machen werden, sei bei der ausgezeichneten, äusserst geschäftsgewandten Leitung derselben mit absoluter Sicherheit zu erwarten. Den Kassen könne ja überhaupt gar nichts Angenehmeres passieren, als dass sie in die Lage kämen, auf diese Weise einen Faktor gegen den anderen auszuspielen. Die neue Bestimmung sei ein famoser Rückversicherungsvertrag für die Kassen und eine Rückendeckung, deren enorme Bedeutung für sie, z. B. für Fälle von Streitigkeiten zwischen den Aerzten und den Kassen überhaupt gar nicht hoch genug eingeschätzt werden könne!

Und wenn daher auch dem Herrn Referenten von zuständiger Stelle zehnmal gesagt worden sei: „An eine Poliklinik ist nicht zu

denken! Die wollen wir gar nicht!", so gelte hier vor allem das Wort: Principiis obsta! Wir dürfen hier nicht auch nur die Spitze des kleinen Fingers reichen. Deshalb kann mir auch der erste Teil der Resolution nicht genügen, der lediglich davon spricht, dass „die ambulante Behandlung sich nicht auswachsen" dürfe. Wir müssen jede Art irgend einer ambulanten Behandlung ablehnen, und ich bitte Sie dringend, in diesem Sinne zu beschliessen.

Was die Frage der Ausgestaltung der Dienstbotenversicherung betrifft, so können wir uns hiemit ja einverstanden erklären; aber — das eine nicht ohne das andere! Die Konzessionen, die wir hier machen, dürfen nur eine Gegenleistung sein für die Konzessionen, die uns in der Frage der Ambulanz gemacht werden!

Herr Rosengart bemerkt, dass das Städtische Krankenhaus schon jetzt jährlich 35 000 M. für Verbandstoffe brauche. Da aber eine Abrechnung für ambulante Kranke nicht gut möglich sei, müsse die Stadt für deren Verbände etc. aufkommen, die bisher von den Krankenkassen bezahlt worden seien. Was die Dienstbotenversicherung anbelangt, so weist er darauf hin, dass die Bewegung, die Dienstboten der Ortskrankenkasse zuzuführen, ständig wachse.

Herr Kirchheim muss zugestehen, dass die Schlauheit und Geschäftsgewandtheit des Vorsitzenden der Ortskrankenkasse sehr gross sei. Es denke jedoch niemand an die Errichtung einer städtischen Poliklinik. Die Hauptursache für die beabsichtigte ambulante Nachbehandlung liege in der Ueberfüllung der Spitäler, die öfter vorkomme. Da übrigens der Kontrakt nicht von einer Verpflichtung der Spitalsärzte zu jener Nachbehandlung spreche, sondern dies dem Belieben derselben überlasse, so könnten sie stets damit aufhören, diesen zudem schon bisher geübten Brauch fortzusetzen.

Betreffs der Dienstbotenbehandlung müsse man die Beschlüsse der Reichsregierung abwarten. Ihre Versicherung bei der Ortskrankenkasse sei ja auch jetzt schon möglich.

Herr J. de Bary findet die Angst vor der geplanten ambulatorischen Behandlung für übertrieben, da niemand an eine städtische Poliklinik denke. Er habe selbst nur deshalb den Antrag auf Einführung der ambulanten Nachbehandlung gestellt, da es an genügenden Rekonvaleszentenanstalten fehle und die Ueberfüllung der Krankenhäuser während der letzten Influenzaepidemie einen derartigen Grad erreicht habe, dass innerhalb 2 Tagen 123 Schwerkranke hätten abgewiesen werden müssen.

Herr Baerwald hat nicht in Erfahrung bringen können, weshalb entlassene Spitalskranke nicht ebenso gut von Privatärzten weiter behandelt werden könnten als von den Aerzten der Krankenhäuser, zumal da den ersteren doch viel eher ein Einblick in die Erwerbsfähigkeit der Patienten möglich sei. Ferner wirft er die Frage auf, ob auch in anderen Spitälern als dem Städtischen Krankenhaus die ambulante Nachbehandlung ausgeübt werde.

Herr Vohsen, dem erst durch die heutige Mitteilung des Herrn de Bary der Hauptgrund zur Stellung seines Antrages bekannt geworden ist, befürchtet, dass man den weit entfernt wohnenden Kranken einen schlechten Dienst erweise, wenn man ihnen zumute, oft nach dem Krankenhaus zu kommen. Es sei sehr zu bedauern,

4*

dass ein solcher Vorschlag gemacht worden sei ohne Rücksicht auf die Kollegen, auf die Sorgen und Mühen der Kassenärzte. Man müsse wünschen, dass ein Kassenarzt in die Anstaltsdeputation komme.

Für die Lehrzwecke allerdings brauche man ambulante Kranke.

Herr Ebenau bemerkt, dass er nur selten, auf Wunsch der Kassenärzte eine Nachbehandlung übernehme.

Gegenüber den Herren Kirchheim und de Bary begründet Herr Eiermann nochmals seinen Standpunkt. Vor allem möchte er auf seine Auslegung der Vertragsbestimmung über die ambulante Behandlung bestehen bleiben. Der Wortlaut lasse gar keinen anderen Schluss zu, als dass die Kassen tun könnten, was sie wollen, dass aber die Krankenhäuser zur ambulanten Behandlung verpflichtet seien und zu ihnen kommende Patienten nicht zurückweisen könnten. Sei denn nun aber die ambulante Behandlung in den Krankenhäusern überhaupt notwendig? Eine Bejahung dieser Frage sei wohl nicht möglich.

Herr de Bary hat uns zwar versichert, dass wir durchaus keine Angst zu haben brauchten. Die Einführung der Ambulanz solle lediglich die Errichtung von kostspieligen Rekonvaleszentenheimen einstweilen unnötig machen. Nun, dann desto besser! Das überhebe uns aber nicht der Pflicht, strengstens auf der Hut zu sein, nach all den Erfahrungen, die wir in dieser Beziehung schon gemacht haben. Denn dass die ambulanten Patienten schliesslich doch nur zu Unterrichtszwecken dienen sollten, unterliege keinem Zweifel. Die Sache liege einfach so: In normalen Zeiten bleiben die Patienten zu diesem Zwecke stationär auf der Abteilung, auch wenn sie eventuell entlassen werden könnten; in Zeiten von Epidemien könne man sie nicht so lange behalten, und um sie für diese Zwecke nicht zu verlieren, überweise man sie der Ambulanz. Die Tatsachen hätten noch stets unserem Argwohn Recht gegeben!

Herr Flesch glaubt, dass die Dienstbotenversicherung das Hauptmaterial für die ambulante Nachbehandlung liefern werde, da gesetzmäsig die Herrschaften nur 6 Wochen lang zur Pflege ihrer erkrankten Dienerschaft verpflichtet seien.

Nach weiteren Bemerkungen der Herren Abraham, J. de Bary, Baerwald, Eiermann, Ebenau, Günzburg gelangt folgende von Herrn Eiermann eingebrachte, im Laufe der Spezialdiskussion etwas abgeänderte Resolution mit überwiegender Majorität zur Annahme:

„Die im Aerztlichen Verein vertretenen Frankfurter Aerzte sehen in der Einführung einer Ambulanz in den hiesigen Krankenanstalten einen schweren Schaden und ersuchen daher den Magistrat dringend, von jeder Einführung einer ambulatorischen Behandlung in den Anstalten abzusehen."

Ein von Herrn Vohsen beantragter Zusatz:

„Sie können in der Ambulanz einen Ersatz für eine Rekonvaleszentenversorgung und -behandlung nicht erblicken"

wird ebenfalls mit grosser Stimmenmehrheit angenommen, wie endlich auch die vom Standesausschuss beantragte Resolution:

„Der Aerztliche Verein hält einen Ausbau der Dienstbotenversicherung nach der Richtung für wünschenswert, dass auch den der Krankenhauspflege nicht bedürftigen Dienstboten ärzt-

liche Behandlung auf Grund ihrer Versicherung gewährt wird und ersucht den Magistrat, diese Behandlung durch einen Vertrag mit der Bezirksvertragskommission Frankfurt a. M. den Aerzten der Stadt zu übertragen.

Diese Resolutionen sollen nach einer redaktionellen Aenderung durch den Vorstand an den Magistrat und die Mitglieder der Stadtverordnetenversammlung gesandt werden.

Abdruck der Eingabe:

Aerztlicher Verein Frankfurt a. M. Frankfurt a. M., 26. April 1908.

In Ausführung eines Beschlusses des Aerztlichen Vereins beehren wir uns, beifolgende Resolutionen, welche in der Sitzung unseres Vereins vom 13. April d. J. zur Annahme gelangten, nebst Motiven, ergebenst zu übersenden:

Resolutionen.

I.

Es ist dem Aerztlichen Vereine bekannt geworden, dass eine Verbesserung der Lage der aus den städtischen Krankenhäusern Entlassenen geplant wird.

Die in ihm vertretenen Aerzte erkennen an, dass die Rekonvaleszentenpflege dahier einer Verbesserung bedarf. Sie können aber in einer ambulanten Behandlung eine genügende Lösung dieser Frage nicht erblicken. Ausserdem sehen sie in der Einrichtung von Ambulanzen an den städtischen Krankenanstalten einen schweren Schaden für ihre ideellen und materiellen Interessen. Sie ersuchen daher den Magistrat dringend, von jeder Einführung ambulatorischer Behandlung an den hiesigen Krankenanstalten absehen zu wollen.

II.

Der Aerztliche Verein hält einen Ausbau der Dienstbotenversicherung nach der Richtung hin für wünschenswert, dass auch den der Krankenhauspflege nicht bedürftigen Dienstboten ärztliche Behandlung auf Grund ihrer Versicherung gewährt wird und ersucht den Magistrat, diese Behandlung durch einen Vertrag mit der Bezirksvertragskommission Frankfurt a. M. den Aerzten der Stadt zu übertragen.

Motive.

Ad I.

Herr Geh. San.-Rat de Bary hat in der Sitzung der Stadtverordnetenversammlung vom 19. März d. J. folgenden Antrag gestellt:

„Die Stadtverordneten-Versammlung wolle beschliessen, den Magistrat zu ersuchen:

zu prüfen, ob nicht in ähnlicher Weise, wie die Stadtverordnetenversammlung für die Dienstbotenversicherung vorgeschlagen hat, die ambulante Nachbehandlung für die einer ferneren Pflege im Krankenhause nicht mehr bedürftigen Kassenmitglieder eingeführt werden kann."

Unter den Gründen für diesen Antrag hat er ausser der Notwendigkeit, der Ueberfüllung der städtischen Krankenanstalten zu

steuern auch die Sorge für die aus den Krankenhäusern Entlassenen hervorgehoben; durch diese Ambulanz solle ein Uebergangsstadium geschaffen werden, bis in Rekonvaleszentenanstalten für sie gesorgt werden kann.

Auch die Krankenkassen werden verschiedene Vorteile dadurch erfahren. Ausser einer Verringerung der Krankenhauskosten gewinnen sie eine beträchtliche Ersparnis an Verbandzeug und Arzneien, welche ihre ambulatorisch nachbehandelten Mitglieder im Krankenhaus erhalten, falls nicht diese Leistungen — was aber aus dem Wortlaut des betreffenden Paragraphen des Vertrages nicht hervorgeht — von den Kassen an die städtische Verwaltung zurückvergütet werden müssen.

Die Einführung dieser ambulanten Nachbehandlung ist aber auch für die Aerzte der Stadt von erheblicher Bedeutung. In erster Linie hat sie eine Einengung ihres Arbeitsgebietes zur Folge, indem eine nicht unbedeutende Anzahl von Kassenmitgliedern — später auch wohl von Dienstboten — aus ihrer Behandlung in die der Krankenhausärzte übergeht. Dann rückt mit der neuen Einrichtung auch die Errichtung einer städtischen Poliklinik in greifbare Nähe. Solche Polikliniken aber versorgen durch die hier stets wechselnden jüngeren Aerzte nicht nur das Publikum schlechter als die in ihrer Mehrzahl erfahreneren praktizierenden Aerzte, sondern sie beeinträchtigen auch in empfindlicher Weise die Ausbildung der letzteren nach bestimmten Richtungen. Es war immer der Stolz der hiesigen Aerzte, dass einzelne sich durch gesteigerte Selbstausbildung zu konsultierenden Aerzten und akademischen Lehrern erhoben haben. Das ist schon durch die bisherige Entwicklung der Krankenanstalten dem einzelnen schwerer geworden; wird nun eventuell auch den Aerzten das poliklinische Material entzogen, so wird ihr Streben noch mehr beeinträchtigt. Die Frankfurter Aerzte sind auch deshalb gegen städtische Polikliniken, weil Erfahrungen an anderen Orten bewiesen haben, dass die Patienten da ohne Prüfung ihrer Vermögensverhältnisse gratis behandelt werden. Dadurch aber werden häufig städtische Mittel verschwendet und vor allem den Aerzten viele zahlungsfähige Patienten entzogen. Für die gesamte Bürgerschaft ist es aber von sehr erheblicher Bedeutung, dass die frei praktizierenden Aerzte der Stadt nicht in ihrer Lage gedrückt werden, sondern in freudigem Schaffen ihrer Berufsarbeit nachgehen. Sie tragen dabei eine gewaltige Menge hygienische Belehrung in das Volk, welche eindringlicher und nachhaltiger wirkt als alle Kurse, Vorträge, Merk- und Flugblätter; ihre tägliche Kleinarbeit ist es, welche das hygienische Niveau der Bevölkerung hebt.

Das Handeln des Arztes wird allzeit in erster Linie durch die ethischen Momente bedingt sein, er hat aber auch unbestritten das Recht, seine materiellen Interessen vor Schaden zu bewahren, ja seine gefahrvolle und aufreibende Tätigkeit berechtigt ihn in ganz besonderem Masse dazu, diese Interessen zu sichern.

Ad II.

Die Dienstbotenversicherung in Frankfurt a. M. nimmt der Dienstherrschaft nur einen Teil der Verpflichtung ab, welche der § 617 des BGB. ihr auflegt.

Es unterliegt keinem Zweifel, dass die Versicherung auch auf jenen Teil der Verpflichtung ausgedehnt werden muss, welche gegenüber den erkrankten, aber nicht der Krankenhauspflege bedürftigen Dienstboten besteht. Gerade dieser Teil kann gelegentlich zu einer schweren Belastung der Dienstherrschaft führen, welche dann erhebliche Kosten zu tragen hat, trotzdem sie ihren Beitrag an die Dienstbotenversicherung leistet. Der Aerztliche Verein unterbreitet zur Abhilfe dieses Missstandes den städtischen Behörden den in der Resolution ausgeführten Vorschlag.

In vorzüglicher Hochachtung
ergebenst

Der Vorstand des Aerztlichen Vereins Frankfurt a. M.
Dr. Edinger, I. Vorsitzender.

Ausserordentliche Sitzung vom 27. April 1908 abends 7 Uhr im Hörsaal des Dr. Senckenbergischen Bibiliothekgebäudes.

Vorsitzender: Herr Edinger.
Schriftführer: Herr Cahen-Brach.

Protokollverlesung.

Zur Aufnahme hat sich Herr Schimmelpfennig gemeldet. Wegen Wegzuges ausgetreten Herr Terklenburg.

Eingegangen: Schreiben des Vereins der ass. Chirurgen, Heilgehilfen, Zahnoperateure und Masseure, Frankfurt a. M. mit dem Anerbieten, den Mitgliedern des Aerztlichen Vereins ein Verzeichnis der Vereinsmitglieder zuzusenden. — Soll zustimmend beantwortet werden.

Mitteilung des Herrn Ehrlich, dass an jedem ersten Dienstag im Monat, abends 6 Uhr im städtischen Krankenhaus wissenschaftliche Sitzungen abgehalten würden, zu denen die Mitglieder des Vereins freundlichst eingeladen seien, als Gäste teilzunehmen. Die Tagesordnung werde im Aerztlichen Verein, in der Senckenbergischen Bibliothek, in der Anatomie und im Institut für experimentelle Therapie angeschlagen.

Einladung zur Versammlung der Vereinigungen der südwestdeutschen und der niederrheinisch-westfälischen Kinderärzte am 3. Mai in Heidelberg.

Herr **H. Vogt: Angeborene Veränderungen bei progressiver Paralyse der Kinder.**

Vortr. spricht über Untersuchungen, die Herr Dr. Roudomie-Florenz im Winter 07 in der hirnpathol. Abteilung des Senckenbergischen neurol. Instituts ausgeführt hat. Wir kennen durch Nissl und Alzheimer den spezifischen Prozess der progressiven Paralyse recht genau: wir müssen nun aber sagen, dass mit diesen Veränderungen das Bild der jugendlichen Paralyse nicht erschöpft ist. Vielmehr zeigen sich hier nach Abstraktion jener Momente noch Erscheinungen, die auf dem Gebiete der seit den letzten Jahren besonders durch die Arbeiten von v. Monakow, Probst, Ranke u. a. uns besser bekannt gewordenen Entwicklungsstörungen liegen. Das Gehirn der jugendlichen Paralytiker zeigt demnach die charakteristischen Bilder des Plasmazellinfiltrats,

Gefässneubildung und regressive Veränderungen derselben. die Stäbchenzellenbefunde, die Gliabilder Alzheimers, an den Ganglienzellen Zeichen chronischer Erkrankung, Sklerosierung usw., ausserdem aber findet man eine unfertige Hirnrinde, in ihrem Schichtenbau embryonal und zuweilen an den Brodmannschen sechsschichtigen tektogenetischen Typus erinnernd, in der Rinde unfertige Zellelemente, Neuroblasten, im Mark zahlreiche Ganglienzellen zerstreut, also kleinste Heterotopien. Ausserdem fällt besonders der Befund zwei- und mehrkerniger Zellen auf und zwar waren solche Elemente unter den Purkinjeschen Zellen der Kleinhirnrinde häufig, unter den grossen Pyramidenzellen der Grosshirnrinde hie und da zu finden. Aehnliche Ergebnisse haben Sträussler, O. Ranke, Raecke mitgeteilt.

Es ist somit sicher, dass bei der jugendlichen Paralyse angeborene Momente mit im Spiele sind. Es erhebt sich die Frage, ob vielleicht auch für die progressive Paralyse der Erwachsenen etwas ähnliches gilt. Für die jugendliche Paralyse ist ja bekannt, dass sie besonders oft schon vorher imbezille, geistig minderwertige Individuen befällt. Für die progressive Paralyse der Erwachsenen hat vor allem Näcke auf Grund statistischer Erhebungen immer wieder die Bedeutung der angeborenen Anlage betont. Es würde also nicht nur die Spezifität der exogenen Schädigung, sondern die endogene Disposition von Bedeutung sein. Dafür sprechen auch andere Gesichtspunkte: die schwere Belastung vieler Paralytiker, die Beobachtungen von „Erblichkeit" der Paralyse u. a. m.; jedenfalls verdienen die Roudonieschen Ergebnisse weitere Beachtung.

Herr Schütz-Wiesbaden: **Ueber chronische Magendarmdyspepsien und chronische dyspeptische Diarrhöen.** (Erscheint im Druck.)

Diskussion: Herr Günzburg hebt hervor, dass sich die Stuhluntersuchungen auch in der Privatpraxis ohne grossen klinischen Apparat durchführen lassen; er hat bis jetzt ca. 500 Stuhluntersuchungen vorgenommen. Die Technik war die von Schmidt angegebene; zur Prüfung auf Schleim wurden die Fäzes durch ein möglichst engmaschiges Haarsieb durchgespült. Diese Prüfung ergibt allerdings kein sicheres Urteil über den Dünndarmschleim, denn bei nicht beschleunigter Peristaltik kann der Dünndarmschleim im Dickdarm gelöst werden. Immerhin findet man zuweilen normal aussehende Fäzes, welche von leukozytenhaltigem Schleim durchsetzt sind, woraus alsdann die Diagnose Dünndarmkatarrh ermöglicht wird. Leichter ist diese Diagnose bei beschleunigter Dickdarmperistaltik.

Unter der grossen Gruppe der dyspeptischen Diarrhöen ist Herrn G. besonders eine Art aufgefallen: Der Stuhl ist von Fettsäure-

kristallen völlig durchsetzt, wobei Fetttropfen fehlen. Eine Erklärung für dieses Verhalten steht noch aus. Diarrhöen infolge von Achylie gastrica sind häufig; die Kranken wissen meist nicht, dass sie auch magenleidend sind; die Behandlung der achylischen Diarrhöe vom Magen aus ist oft erfolgreich.

Herr Kohnstamm-Königstein: Hinweis auf die jetzt genugsam bekannte Heilwirkung des Pankreon, speziell bei Achylie und auf die Möglichkeit, auch einen diarrhöischen Stuhlgang durch den Willen zu disziplinieren, wie das gerade bei achylischen Diarrhöen vom Redner erprobt wurde. Auch hier spielt also das psychische und nervöse Moment eine gar nicht hoch genug zu schätzende Rolle.

Herr Schütz: In Rücksicht auf die vorgeschrittene Zeit möchte ich nur auf einen Punkt eingehen, den Herr Günzburg erwähnt hat. Ich kann seine Beobachtung durchaus bestätigen, dass man in Stühlen nicht selten grosse Mengen von Fettsäuren findet, und zwar auch bei Personen, die niemals an Diarrhöen leiden. Ich habe dies wiederholt auch bei solchen Kranken beobachten können, die ich im Verlauf mehrerer Jahre Gelegenheit hatte mehrmals zu untersuchen. Ich kenne eine aus 3 Personen (Mann, Frau und ein 3 jähr. Mädchen) bestehende Familie, die alle 3 eine hochgradige Fettinsuffizienz haben. Vater und Tochter bei stets gebundenen Stühlen, die Mutter, eine Jugendform chronischer Diarrhöen, bei vielfach diarrhöischer Konsistenz. Dass diese Befunde pathologisch sind, kann keinem Zweifel unterliegen, ich habe meine Patienten alle nach Probekost untersucht.

Ordentliche Sitzung vom 4. Mai 1908 abends 7 Uhr im Hörsaal des Dr. Senckenbergschen Bibliothekgebäudes.

Vorsitzender: Herr Edinger.

Schriftführer: Herr Scheven.

Protokollverlesung.

Einladung zur 39. Versammlung der Gesellschaft für Anthropologie (Ethnologische Gesellschaft). Herr Edinger wird als Delegierter ernannt.

Einladung des Zahnärztlichen Vereins.

Herr **Goldschmid:** Demonstration aus dem pathologischen Institut.

1. 54 jähr. Frau mit **primärem zirrhösem Karzinom des Ductus cysticus.** Generalisierte Karzinose infolge Durchbruchs von Lebermetastasen in die Vena hepatica. Einzelne kleine Metastasen im Douglas. Ausgedehnte Karzinomknoten in der Bauchhaut, in alter Operationsnarbe von beiderseitiger Exstirpation der Ovarien. Gallenblase geschrumpft und mit dem Colon ascendens verwachsen. Lumbaldrüsen wenig befallen. Spermaticae frei. Die Infiltration an den Darmmetastasen sehr gering. (Die Operation vor 8 Jahren.)

2. **Halsorgane** einer 23 jähr. Virgo, die schweren inspiratorischen Stridor zeigte, keine Zyanose. Die Kehlkopfschleimhaut auf der rechten Seite vorgewölbt durch einen walnussgrossen Abszess, ausgehend von einer erweichten tuberkulösen paratrachealen Lymphdrüse. Geringgradige Lungentuberkulose. Allgemeine Drüsentuberkulose.

3. 40 jähr. Tapezierer mit typischer **Mesaortitis syphilitica.** Kleines Aneurysma der Aorta ascendens. Klinisch Lues zugegeben. Multiple Infarkte.

Herr **Sippel: Bradykardie und Arrhythmie nach Myomoperation.**

Bei einer robusten 44 jährigen vollsaftigen Frau musste ein grosses Myomkonglomerat wegen raschen Wachstums und zunehmender Beschwerden durch Laparotomie entfernt werden. Der teilweise in die Ligamente entwickelte Tumor, welcher bis 3 Querfinger über den Nabel reichte, wurde unter Aethernarkose supravaginal amputiert. Die Operation verlief glatt und ohne jede Blutung. Die Narkose war ungestört. Der Verlauf war ein völlig reaktionsloser. Temperatur nie über 37,5. Darm- und Blasenfunktion

traten sofort in Tätigkeit. Als auffallendes Symptom entwickelte sich im Anschluss an die Operation eine Pulsverlangsamung, welche sich ständig unter 60 hielt, bis auf 52 herabging und 8 Tage dauerte. Dann hob sich der Puls auf normale Frequenz, welche auch vor der Operation bestand und fortan anhielt. Es war schwer, eine Erklärung für diese Erscheinung zu finden. Eine medikamentöse Einwirkung war ausgeschlossen. Ebenso bestand keine Möglichkeit einer sonstigen Vagusreizung, sei es zentral oder im peripheren Verlauf. Auch liess sich eine Reflexwirkung nicht annehmen, da alle Myomoperationen bei uns in gleicher Weise ausgeführt werden, ohne dass je eine solche Beeinflussung des Herzens aufgetreten wäre. Man hätte daran denken können, dass die Pulsverlangsamung in gleicher Weise zustande gekommen wäre, wie man dies bei Wöchnerinnen annimmt. Wenn man glaubt, dass bei diesen die Bradykardie dadurch entsteht, dass nach der Geburt durch die Kontraktion des Uterus ein grosses arterielles Gefässgebiet ausgeschaltet wird und infolge dessen in dem grossen Kreislauf eine zur Verlangsamung der Herzaktion führende Drucksteigerung auftritt, so könnte man auch annehmen, dass durch die Entfernung der grossen, stark vaskularisierten Myommassen ein gleicher Effekt erreicht sei, um so mehr, als die Operation ohne jeden Blutverlust ausgeführt wurde und vor Schluss der Bauchhöhle ein Liter physiologischer Kochsalzlösung eingegossen wurde. Diese zunächst gefasste Annahme erwies sich jedoch als unhaltbar, denn es bestand nicht nur eine Pulsverlangsamung, sondern auch eine regellose Arrythmie. Auskultatorisch waren die Herztöne nicht verändert. Ebensowenig war das Befinden der Operierten subjektiv oder objektiv beeinflusst. Gleichwohl zwang die Beschaffenheit des Pulses, eine wirkliche Schädigung des Herzens selbst einzunehmen. Wir wissen aus einer Reihe von genauen, durch Autopsie bestätigten Beobachtungen, dass es namentlich die Erkrankungen des Septum der Vorhöfe sind, welche zu solcher verlangsamten, unregelmässigen Herzaktion führten. Auch die vorliegende Beobachtung weist auf eine Schädigung dieses Teils des Herzens hin. Theoretisch ist sie auf folgende Weise möglich: Die Frau war sehr robust und vollsaftig. Die Operation wurde mit vorgängiger Ligatur der Spermatica und Uterinae ohne jeden Blutverlust ausgeführt. Sie fand statt in steiler Beckenhochlagerung. Auch nach der Operation wurde die Operierte in, wenn auch weniger steiler, Beckenhochlagerung belassen, wie dies bei mir grundsätzlich zur Prophylaxe von Thrombosen in den Beckenvenen geschieht.

Wenn man alle diese Umstände berücksichtigt, so muss man es für möglich halten, dass bei der vollsaftigen, durch keinen Blutverlust geeshwächten Frau, deren Gefässinnendruck durch die peritoneale Infusion von 1 Liter Kochsalzlösung nach der Operation noch gesteigert wurde, infolge der Beckenhochlagerung bei und nach der Operation ein so starker venöser Zufluss zu dem rechten Vorhof stattfand, dass dadurch eine Ueberdehnung dieses Vorhofs, eine Schädigung des Septum und somit Bradykardie und Arhythmie hervorgerufen wurde. Die eingehendsten Erwägungen über diesen Fall und das Fehlen jeder anderen Erklärung für das Auftreten der geschilderten Herzsymptome lassen mich in der Tat die gegebene Er-

klärung für zutreffend halten. Auch in dem nach 8 Tagen spontan zur Norm zurückkehrenden Verlauf bin ich geneigt, eine Bestätigung der Annahme zu sehen, dass es sich um eine reparabele traumatische Schädigung des Septum atriorum gehandelt hat. Es ist selbstverständlich, dass der Beweis für die Richtigkeit dieser Annahme mit mathematischer Sicherheit nicht erbracht werden kann. Jedenfalls aber fordert die mitgeteilte Beobachtung dazu auf, mit der steilen Beckenhochlagerung bei solchen **vollsaftigen Individuen** vorsichtig zu sein, namentlich aber mit der längere Zeit nach der Operation fortgesetzten Beckenhochlagerung, wie dieselbe von mir zur Prophylaxe der Embolie nach gynäkologischen Operationen empfohlen wurde.

Der entfernte, myomatöse Uterus mit zugehöriger Pulstemperaturkurve wird vorgezeigt. Im Anschluss daran wird vom Vortragenden weiter demonstriert:

1. **Kindskopfgrosses** links vorn vom Uterus ausgehendes vollkommen extraperitoneal zwischen Uterus und Blase entwickeltes **Myom,** durch Laparotomie bei einer 51 jährigen Frau entfernt. Die Geschwulst wuchs nach eingetretenem Klimakterium weiter und veranlasste die heftigsten Blasenbeschwerden. Der Uterus wurde erhalten. Ursache des im Klimakterium fortschreitenden Wachstums: Schleimige Entartung des Myom in seinen peripheren Teilen. Heilung.

2. **Hühnereigrosses submuköses Myom** mit zugehörigem Uterus. Das unter Wehentätigkeit und sehr profusen Blutungen mit seinem unteren Pol bis in das Orificium externum geborene Myom wird auf vaginalem Wege enukleiert. Wegen anhaltender, durch keine Tamponade zu stillender Blutung muss der Uterus 8 Stunden später total exstirpiert werden. Dies geschieht, um jeden weiteren Blutverlust zu verhüten, bei dem unbeweglichen Organ durch Laparotomie. Als Ursache der nach Enukleation des Myoms anhaltenden Blutungen ergaben sich multiple erbsen- bis kirschgrosse kleine Myome im Geschwulstbett, die schon vor der Totalexstirpation nachgewiesen waren, sich aber in ihrer enormen Multiplizität nicht entfernen liessen. Heilung.

3. **Uterus mit apfelgrossem submukösem Myom** von einer 33 jährigen Frau, das beinahe zum Verblutungstod geführt hatte. Wegen der hochgradigen Anämie zum Sparen jedes Tropfen Blutes supravaginale Amputation. Heilung.

4. **Uterus mit grossem Sarkom** von der Innenfläche der linken Korpusseite ausgehend, welches unter dem Bilde eines verjauchten Myoms in Erscheinung trat.

Die 56 jährige, gesund aussehende Frau erkrankt nach 5 jährigem Klimakterium unter heftigen Wehenschmerzen an enormen Blutungen. Ausfluss oder blutiger Abgang hatte vorher nicht bestanden. Der Hausarzt sendet die ausgeblutete Frau mit der Diagnose: In die Scheide geborenes gangränöses Myom. Man findet einen bis in den Introitus herabragenden, aus dem weit eröffneten Uterus kommenden, faulig zerfallenen, aashaft stinkenden Tumor. Derselbe

wird mit der Hand in Stücken entfernt. Er ist so zerfallen, dass es einer instrumentellen Nachhilfe nicht bedarf. Im ganzen handelte es sich um eine gut doppeltfaustgrosse Geschwulst. Es bleibt eine flache, gesund sich anfühlende, rauhe Erhabenheit zurück. Man fürchtet, durch eine Beseitigung auch dieser geringen Reste bei der fieberfreien Kranken Eingangspforten für infektiöse Vorgänge von dem stinkenden Uterusinhalt aus zu schaffen. Da ein verjauchtes Myom angenommen wurde, konnte man seine nichtverjauchten Reste unbedenklich im Uterus lassen. Am Schluss der Operation hatte man einen offenstehenden Uterus, dessen Innenfläche überall mit glatter Schleimhaut ausgekleidet war. Links hinten im Korpus war eine im kontrahierten Zustand talergrosse raune Stelle, das vermeintliche Myombett mit kleinen Myomresten. Jodoformgazetampon in den Uterus. Reaktionsloser Verlauf. Nach 12 Tagen wird die Patientin mit gut zurückgebildetem Uterus ohne Ausfluss und Blutung scheinbar gesund in vollem Wohlbefinden entlassen. Nach 6 Wochen erscheint die Kranke wieder mit der Angabe ihres Arztes, dass ein neuer Polyp aus dem Uterus herabgetreten sei. In der Tat findet man einen aus lockerem Geschwulstgewebe und Blutkoagulis zusammengesetzten, mehr als hühnereigrossen, von der alten Geschwulststelle ausgehenden, neuen Tumor, der zum Teil in die Scheide geboren und ebenfalls verjaucht ist. Es wird sofort entfernt und seine Basis mit dem scharfen Löffel ausgeschabt. Hierdurch gewinnt man frisches Gewebe, aus welchem die Struktur der Neubildung zu erkennen ist, was bei der zuerst entfernten, als Myom gedeuteten Geschwulst wegen der fortgeschrittenen Fäulnis nicht möglich gewesen war. Der bei der Beseitigung der zweiten Geschwulst alsbald ausgesprochene Verdacht auf Sarkom wird durch das Mikroskop bestätigt. (Grosszelliges Rundzellensarkom.) Im Anschluss an die Ausschabung Abendtemperaturen bis 38,5. Um einen sicheren Schutz gegen den infektiösen Uterusinhalt zu gewinnen und um jede Blutung bei der aufs äusserste ausgebluteten Patientin zu vermeiden, wird der vergrösserte matsche Uterus nach vorgängiger gründlicher desinfizierender Ausspülung, sorgfältiger Vernähung des Muttermundes und Umschneidung des Scheidengewölbes durch Laparotomie entfernt. Dabei reisst die teilweise von oben ausgelöste Zervix quer ein. Nach sorgfältiger Umpolsterung wird das Korpus völlig abgetragen und die Zervix für sich herausgenommen. So weit man den Vorgang beobachten konnte, war nichts von dem Uterusinhalt mit der Bauchhöhle und Bindegewebswunde in Berührung gekommen. Daher typische Naht des Beckenperitoneum. Das Scheidengewölbe bleibt offen. Der retroperitoneale Bindegewebsraum wird mit Jodoformgaze nach der Scheide drainiert. Von einer Drainage der Bauchhöhle wird Abstand genommen. Die Operierte übersteht den Eingriff sehr gut. Zunächst glatter Verlauf bei vollkommen normalem Verhalten von Puls und Temperatur und ungestörtem Allgemeinbefinden. Der von Anfang an funktionierende Darm wird träg. Bis zum 7. Tag entwickelt sich ein paralytischer Ileus bei immer noch normaler Temperatur und gutem Puls von 75—80. Es wird rechts unten ein abgesacktes Exsudat nachgewiesen, das aus dem kleinen Becken in die Höhe kommt. Breite Eröffnung des unteren Abschnittes der Bauchdeckenwunde. Es entleert sich ein ziemlich

reichliches, trübes, übelriechendes Exsudat. Vorsichtige Ausspülung mit Borlösung unter minimalem Druck. Drainage. Sofort kommt die Darmtätigkeit gut in Gang. Man glaubt die Kranke gerettet, jedoch entwickelt sich eine sekundäre Infektion der Bauchdeckenwunde, welche breit offen gehalten wurde. Dieser vermochte die hochgradig ausgeblutete schwache Frau nicht mehr zu widerstehen. Unter Temperaturen bis zu 38,4 geht sie nach weiteren 5 Tagen an rasch zunehmender Herzinsuffizienz toxisch zu grunde.

Epikritisch sind 2 Punkte hervorzuheben: 1. Es handelte sich nicht um ein primäres Sarkom, sondern um ein sarkomatös entartetes Myom. Dafür spricht die Grösse der Geschwulst, das Fehlen von Ausfluss und Blutung vor der unter Wehenschmerzen erfolgenden Ausstossung in die Scheide, sowie der flache Uebergang der Neubildung in die eigentliche Uteruswand.

2. Es war ein Fehler, die Bauchhöhle nicht zu drainieren. Obwohl prinzipieller Anhänger der Drainage in allen unsauberen oder verdächtigen Fällen, habe ich in diesem Falle dieselbe aus folgenden Gründen unterlassen: Ich glaubte sicher zu sein, dass eine Verunreinigung der Bauchhöhle vermieden sei. Selbst wenn dies nicht der Fall gewesen wäre, konnte es sich nur um Hineingelangen minimaler, wenig virulenter, weil putrider Stoffe handeln. Eine Wunde oder eine sonstige Schädigung des Bauchfells blieb nicht zurück. Unter diesen Umständen glaubte ich die Bauchhöhle schliessen zu können ohne zu drainieren. Dass dieses Vorgehen falsch war, lehrt der Ausgang. Es unterliegt für mich keinem Zweifel, das die Kranke mit sachgemässer Drainage ohne jede Störung genesen wäre. Man soll demnach in solchen zweifelhaften Fällen lieber einmal zu viel als zu wenig drainieren, denn ein Unterlassen der Drainage bedeutet hier das Geschick eines Menschenlebens dem blinden Zufall anheimgeben! Dies möchte ich gegenüber den Gegnern der Drainage besonders hervorheben.

Herr **Bingel: Beitrag zur Aetiologie der sog. orthotischen Albuminurie.**

In der Münch. med. Wochenschr. No. 1, 1908 veröffentlichte Jehle aus der Escherischschen Kinderklinik Untersuchungen an Patienten mit sog. orthotischer Albuminurie. Es gelang Jehle, für seine Fälle eine besondere Aetiologie der Eiweissausscheidung, nämlich eine lordotische Haltung der Lendenwirbelsäule nachzuweisen. Die Befunde Jehles wurden auf der medizinischen Klinik des städt. Krankenhauses einer Nachprüfung unterzogen und vollauf bestätigt. Bei den seit der Veröffentlichung Jehles beobachteten Fällen von sog. orthotischer Albuminurie konnte festgestellt werden, dass die Eiweissausscheidung auftritt, sobald die Wirbelsäule lordotisch gekrümmt wird, ganz gleichgültig, ob der Pat. im Bette lag, stand oder umher ging. Die Eiweissausscheidung trat nicht auf, wenn eine kyphotische Haltung eingenommen

wurde, trotzdem die Pat. in dieser Haltung standen, gingen oder auch stärkere Bewegungen machten, z. B. ½ Stunde lang Velotrab traten. Ebenso wie Jehle nimmt der Vortragende an, dass durch die Lordose bedingte Zirkulationsstörungen die Eiweissausscheidung hervorrufen. Die Therapie hat sich daher gegen die Lordose zu richten. Die Konstruktion eines entsprechenden Korsetts befindet sich in Vorbereitung.

Diskussion: Herr Schmiedicke: Im Gegensatz zu dem von Herrn Bingel erwähnten negativen Ergebnis der Versuche bei Erwachsenen, durch künstliche Lordosestellung vorübergehend Albuminurie zu erzeugen, kann ich über 2 Fälle berichten, bei denen dies gelang. Es handelte sich um 2 Soldaten, 21 und 22 Jahre alt, welche nur bei bestimmten, mit länger — 20—25 Minuten — anhaltender Lordosestellung verbundenen Uebungen vorübergehend Albuminurie zeigten. Für uns Militärärzte ist diese Erfahrung sehr wichtig wegen der eventuellen Begutachtung der weiteren Dienstfähigkeit.

Herr Lüthje: Meine Herren! Die Beobachtungen von Jehle und die Bestätigung dieser Beobachtungen, die sich in unseren diesbezüglichen Versuchen ergaben, werden vielleicht Veranlassung geben, in den therapeutischen Massnahmen gegenüber der orthotischen Albuminurie etwas weniger rigoros zu verfahren, als das bisher vielfach üblich war. Es kann keinem Zweifel unterliegen, dass ein grosser Teil der Fälle, vielleicht alle, ätiologisch zurückzuführen sind auf leichte architektonische Anomalien im Körperbau, wie sie im jugendlichen Alter häufig vorzukommen scheinen. Es erscheint mir wahrscheinlich, dass, wenn auch in letzter Linie die Lordose als auslösendes Moment für die orthotische Albuminurie in Betracht kommt, die unmittelbare Ursache doch die bei der lordotischen Haltung entstehenden leichten Zirkulationsstörungen sind. Wir wissen ja aus den klinischen Beobachtungen und dem Tierexperiment, wie ungemein leicht nach den minimalsten künstlich erzeugten Zirkulationsstörungen Albuminurie und Zylindrurie auftreten. Wir wissen aber ebenso sicher, dass die durch solche Zirkulationsstörungen hervorgerufenen funktionellen Schädigungen der Niere ebenso schnell wieder aufhören nach Beseitigung der veranlassenden Ursache.

Ich glaube in der Tat, wir haben kein Recht jugendliche Patienten mit orthotischer Albuminurie wie Nephritiker zu behandeln, sie zu Sklaven ihrer Diät und ihrer Lebensweise zu machen, und zwar einmal deshalb nicht, weil die nosologische Stellung der orthotischen Albuminurie keineswegs sicher ist, vielmehr heute alles dafür spricht, dass es sich um durchaus vorübergehende Zustände handelt, auf der anderen Seite aber deshalb, weil unsere rigorosen, öfter so ausserordentlich schematisch gehandhabten Vorschriften der Nephritistherapie z. T. wenigstens von äusserst problematischem Wert sind.

Ich möchte daher raten, in allen Fällen von orthotischer Albuminurie die Therapie etwas weniger zwangvoll zu gestalten, vor allen Dingen auch hinsichtlich der diätetischen Vorschriften. Es ist vollkommen ausreichend sich mit denjenigen diätetischen Vorschriften zu begnügen, wie sie überhaupt die Hygiene des jugendlichen Alters

gebietet. Im Uebrigen aber soll man die betreffenden Patienten sich frei bewegen lassen, vielleicht unter der öfter wiederholten Mahnung, alle forciert lordotischen Stellungen zu unterlassen. Event. wird man auch daran denken können, die von Haus aus vorhandene übermässige lordotische Haltung der Wirbelsäule durch systematische Schulung auszugleichen, resp. ein korrigierendes Korsett in Anwendung zu bringen.

Herr Sippel: Jehle hält es in seiner Arbeit für möglich, dass auch die Schwangerschaftsalbuminurie eine lordotische sein könne, da die Schwangeren ja in vorgerückter Zeit in lordotischer Haltung stehen und gehen. Ob diese Entstehungsweise zutrifft, will ich hier nicht entscheiden. Bezüglich des einzunehmenden therapeutischen Standpunktes gegenüber der lordotischen Albuminurie wird es ausschlaggebend sein, ob durch die anhaltende oder immer wiederkehrende Zirkulationsstörung, welche bei Lordose die Eiweissausscheidung hervorruft, schliesslich wirkliche Erkrankungen der Niere herbeigeführt werden können oder ob es ständig bei unschuldigen funktionellen Störungen bleibt. Jenachdem die in dieser Richtung anzustellende sorgfältige Beobachtung das eine oder andere ergibt, wird die Therapie eine aktive oder zuwartende in Zukunft zu sein haben.

Herr Heichelheim erwähnt seine vor mehreren Jahren vorgenommenen eingehenden klinischen Untersuchungen in dieser Frage, wobei er in einer grösseren Reihe von Fällen neben zyklisch auftretender grosser Eiweissausscheidung zahlreiche Formelemente fand. Auf Grund seiner chemischen und mikroskopischen Untersuchungen des Urins und sphygmographischen Aufnahmen am Gefässsystem bei solchen Kranken möchte er nicht für alle Fälle eine einheitliche Ursache zu grunde legen und ganz besonders diese Form der Albuminurie von der Nephritis trennen.

Herr Sippel: Um Missverständnissen vorzubeugen bemerke ich, dass eine eventuelle aktive Therapie, von der ich sprach, gegen die Lordose zu richten wäre als gegen den eventuellen Ausgangspunkt der Erkrankung. Die Ausführungen von Herrn Lüthje werden durch meine Bemerkungen nicht berührt.

Herr **H. Vogt: Gegenwärtiger Stand der Lehre von der Idiotie.**

Vortr. geht aus von der Tatsache, dass eine nähere Durchforschung der idiotischen Zustände eine ungemeine Reichhaltigkeit von Krankheitszuständen, die sich unter diesem Sammelbegriff verbergen, zu Tage fördert. Die Idiotien sind weder durch die Gleichartigkeit des Symptomenbildes, noch durch die Gleichartigkeit der Vorläufer — es gibt akute Formen, — noch durch übereinstimmende Aetiologie gekennzeichnet. Vortr. erörtert die eigenartigen klinisch-psychologischen Symptomenkomplexe, bespricht die Anforderungen für eine Bearbeitung der Zustände nach dieser Seite und kommt schliesslich auf die pathologisch-anatomischen Fragestellungen. Auch hier ergaben sich eigenartige Verhältnisse: Alle

idiotischen Zustände sind im weiteren Sinne Entwicklungskrankheiten des Gehirns. Sie sind histologisch charakterisiert durch zwei Momente, einmal das der Entwicklungshemmung, ferner das jener eigenartigen morphologischen Reaktionsweise des unreifen (fötalen und kindlichen) Hirngewebes gegenüber einem pathologischen Reiz. So ergaben sich pathologisch-histologisch ganz eigenartige Bilder, die nicht nur für die Erkenntnis der Krankheitszustände selbst, sondern auch für unsere allgemein anatomischen Anschauungen von Bedeutung sind. Die Erkenntnis dieser Zustände hat Fortschritte erst zu verzeichnen, seitdem die wissenschaftliche Medizin sich dieser Zustände annimmt: sie gehören in den ärztlichen Wirkungskreis! Vortr. bespricht nun die einzelnen Typen, die bislang die Erforschung abzugrenzen vermocht hat: zunächst die familiäre amaurotische Idiotie, dann die Idiotie mit Schädelverbildungen; bei der Mikrozephalie betont Vortr., wie sehr anatomisch und genetisch die Fälle verschieden sind: es werden Belege für die endogene Natur dieser Erkrankung beigebracht (familiäre Mikrozephalie)); der Name Mikrozephalie ist eine rein äusserliche, nichtssagende Bezeichnung. Vortr. erörtert dann den psychologisch-klinischen Unterschied zwischen Mikrozephalen und anderen Formen, schliesslich die klinischen Symptome der Hydrozephalie. Bei der Turmschädelidiotie fällt die Verbindung mit Optikuserkrankungen auf. Vortr. geht dann auf die Stoffwechselpathologie ein, den Kretinismus und verwandte Zustände. Bei Erörterung der Idiotie und Epilepsie weilt Vortr. länger bei der tuberösen Sklerose, jenem tumorartigen Krankheitsprozess, der wegen seiner Verbindung mit den Erkrankungen der inneren Organe nun auch klinisch diagnostizierbar ist. Es folgen Mongolismus und einige seltenere Formen: chondrodystrophische Idiotie, Nanosomie etc. Zu allen Gruppen werden epidiaskopisch Krankentypen und eine grosse Zahl histologischer Präparate und Tafeln demonstriert.

Ausserordentliche Sitzung vom 11. Mai 1908 abends 7 Uhr im Hörsaal des Dr. Senckenbergischen Bibliothekgebäudes.

Vorsitzender: Herr Edinger.
Schriftführer: Herr Cahen-Brach.

Protokollverlesung.

Eingegangen:

Einladung zum X. Kongress der Deutschen dermatologischen Gesellschaft.

Schreiben des Oberbürgermeister, Herrn Dr. Adickes, an den Präsidenten des Vereins mit der Bitte, dem Ehrenkomitee für den I. Internationalen Kongress für Rettungswesen beizutreten.

Einladung zu der am 25. ds. stattfindenden offiziellen Eröffnung der Kuranstalt Küppelsmühle.

Einladung zum Jahresfest der Senckenbergischen naturforschenden Gesellschaft am 24. Mai.

Mitteilung des Frankfurter Vereins zur Bekämpfung der Schwindsuchtsgefahr über die Eröffnung der Ausstellung des Tuberkulosemuseums.

Ankündigung der Eröffnung des Instituts für chemische Physiologie, Pathologie und Hygiene der Herren Dr. Joh. Kramer und Dr. Julius Rothschild, Langestr. 22.

Herr **Altschul: Geschichte des Sports.**

Nach einer einleitenden Definition spricht er die Ansicht aus, dass die planmässige Ausführung von Leibesübungen aus dem Bedürfnis des Schutzes von Person, Familie und Eigentum in der Vorzeit entstanden sei, schildert dann den Wert, den die alten Kulturvölker auf körperliche Ausbildung legten, besonders ausführlich die Einrichtungen der Griechen, bespricht dann die langsame Entwicklung der Gymnastik aus dem Mittelalter heraus in die Zeit des Humanismus, den Einfluss von Rousseau, Basedow und Pestalozzi und den Aufschwung der Turnerei durch und seit Jahn. Eine längere Schilderung gilt dem Fahrradsport und dessen ersten Anfängen aus dem 16. Jahrhundert. Eine Geschichte des Bergsportes zu geben würde zu viel Zeit in Anspruch nehmen, daher werden andere Sportarten auch nur kurz erwähnt. Als Schluss schildert Vortr. noch alle von ihm gefundenen Aussprüche und die lite-

rarische Wirksamkeit des ärztlichen Standes in dieser Frage von Hippokrates an bis zur Neuzeit.

Herr **Lüthje: Sport und Herz.**

Herr **Schmiedicke: Erfahrungen über körperliche Entwicklung im militärpflichtigen Alter.**

Zur Beurteilung der Sportfrage vom gesundheitlichen Standpunkt tragen manche militärärztlichen Erfahrungen bei; so z. B. die Zunahme der Herzkrankheiten unter den Gestellungspflichtigen. Wenn auch der Nachweis des von vielen Sanitätsoffizieren vermuteten ursächlichen Zusammenhanges zwischen dem Radfahren und den Herzstörungen nicht sicher erbracht ist, so sprechen doch manche Beobachtungen dafür, z. B. die von Oberarzt Beyer in der Münch. med. Wochenschr. mitgeteilten Ermittelungen, nach welchen bei 2 Armeekorps im Jahre 1903 unter 500 herzkranken Gestellungspflichtigen 150 Radfahrer gezählt wurden. Im XVIII. Armeekorps konnten bei der letzten Musterung unter den Herzkranken 127 Radfahrer ermittelt werden, während sich von sonstigen Sporttreibenden nur 37 Turner, 9 Ruderer und 5 Fussballspieler darunter befanden. In 2 sehr hügeligen und daher zum Radfahren ungeeigneten Musterungsbezirken waren unter den Herzkranken keine Radfahrer. Auch lag in jenen Bezirken die durchschnittliche Zahl der Herzkranken in den Jahren 1894—1903 nach der Arbeit von Stabsarzt Schwiening: „Beiträge zur Rekrutierungsstatistik" (Klin. Jahrb., XVIII, H. 3) unter dem Durchschnitt. Wie nötig aber andererseits eine ausgiebige Tätigkeit in freier Luft gerade dem Grossstädter ist, lässt sich aus dem Vergleich der Tauglichkeitsziffern innerhalb der einzelnen Aushebungsbezirke ableiten. Nach Schwiening schwankten die Tauglichen in den Jahren 1894—1903 zwischen 60,9 und 55,3 Proz., aber regellos, ohne abnehmende Tendenz, im Gegenteil ergab sich in der Mehrzahl der Bezirke im Durchschnitt der Jahre 1899—1903 eine höhere Tauglichkeitsziffer als 1894—1899.

In den einzelnen Bezirken ist das Ergebnis sehr verschieden. Am günstigsten ist der Osten (bis 73,4 Proz. Taugliche), am schlechtesten die grossen Städte, z. B. Berlin mit 37,5 Proz. Industrie und Gewerbe haben an diesem schlechten Stadtersatz nicht die Hauptschuld, denn sie tragen noch immer 50 Proz. Taugliche bei, sondern der Handelsstand und die höheren Schulen, welche gewöhnlich nur 40 Proz. und 30 Proz. Taugliche liefern. Demgegenüber können wir bei der Landbevölkerung auf 60 Proz. Taugliche rechnen.

Auch während der Dienstzeit macht sich in der körperlichen Entwicklung der Grossstädter gegen die Landbevölkerung ein Unterschied bemerkbar, insofern letztere am schnellsten und meisten an Gewicht zunimmt, während von dem Grossstadtersatz nur ein kleiner Teil und dieser auch nur wenig an Gewicht gewinnt (Georg Schmidt: D. militärärztl. Zeitschr.). In der späteren Dienstzeit tritt wohl ein Ausgleich ein. Der Militärdienst ist überhaupt ein klassisches Beispiel für das durch systematische Ausbildung des Körpers Erreichbare und die hierbei gewonnenen Erfahrungen sollten auch bei den sporttreibenden Vereinen berücksichtigt werden, um ungünstige Einflüsse auf die Körperentwicklung zu vermeiden. Gegenüber den zahlreichen Herzkrankheiten unter der radfahrenden Jugend

finden wir kaum einen Fall von Herzleiden, der durch das militärische Radfahren verursacht wäre.

Jede Sportart hat ihre Gefahren, sie lassen sich vermeiden oder vermindern, wenn die durch Erfahrungen gewonnenen Bedingungen erfüllt werden. Wie der Militärdienst ein bestimmtes Alter und geeignete Körperentwicklung braucht, so muss auch die Wahl und Art des Sports diesen Bedingungen unterworfen werden. Durch die sorgfältige Auswahl der Rekruten wurde es möglich, ihnen immer grössere Anforderungen zuzumuten, und wenn wir den letzten Sanitätsbericht der Armee (1904/05) befragen, ersehen wir, wie sich trotzdem der Gesundheitszustand des Heeres von Jahr zu Jahr gebessert hat.

Besonders sorgfältig muss die dem Arzt zu überlassende Auswahl derer sein, welche nach vorangegangenem Training bestimmte Maximal- oder Dauerleistungen anstreben. Wer aber nach seiner Körperbeschaffenheit nicht dazu geeignet ist, der soll sich mit leichteren Körperübungen begnügen. Dann wird auch besonders die in den Grossstädten aufgewachsene Jugend, welche die Vorteile des Militärdienstes für die Stählung ihres Körpers nicht geniessen kann, weil ihre Körperentwicklung zurückgeblieben ist, mehr als bisher zum Waffendienst befähigt werden und durch diesen die schädlichen Wirkungen des Kulturlebens ausgleichen.

Herr Gelhaar: Sport und Schule.

Die hiesige Schulbehörde hat als Ergänzung zum Turnunterrichte, der in Hallen, günstigerenfalls auf einem nicht immer staubfreien Schulhofe abgehalten wird, Turnspiele, Schwimmen und versuchsweise Freiübungen von 5—10 Minuten langer Dauer im Anschluss an die Pausen auf dem Schulhofe an den Tagen, an denen stundenplanmässiges Turnen nicht stattfindet, eingeführt. In einigen hygienischen Schulen, wie z. B. dem evangelischen Pädagogium zu Godesberg, der Villa Bellaria, dem Engiadina in Zuoz (Oberengadin) und dem deutschen Gymnasium in Davos bildet diese Freilichtturnerei den Mittelpunkt der Gesundheitspflege. Unser Mädchenschulturnen ist verbesserungsbedürftig. Es wird zu viel Zeit auf die rein das Gedächtnis belastenden Ordnungsübungen und den komplizierten Reigen verwendet. Als Ergänzung zum Turnunterricht empfiehlt sich für die graziöse Ausbildung der Mädchen die Einführung eines Teiles der englischen kalisthenischen Uebungen unter Weglassen des äusseren Putzes.

Die Beteiligung an den Turnspielen hat unter Mitwirkung der Schulärzte bedeutend zugenommen. Sie betrug im Sommer 1907 57 Proz. aller Knaben und 45 Proz. aller Mädchen. Leider wird immer noch von seiten mancher Eltern, Schüler (Einzelsöhnchen), Lehrer und auch Aerzte, die in der Ausstellung der Dispensationsatteste sehr liberal sind, diesen Spielen die gebührende Anerkennung versagt. Die Einführung eines für alle Schüler und Schülerinnen verbindlichen schul- und schularbeitsfreien Spielnachmittags im Sommer, wie in Braunschweig und Württemberg, ist eine dringende hygienische Forderung, ebenso wie die Vermehrung der hiesigen Spielplätze durch die Stadt, die, mit Ausnahme 2 kleiner Plätze von 50 Ar, nur provisorisch sind.

Gesundheitliche Schädigungen durch diese Spiele sind nach den Mitteilungen Samosch' auf dem Nürnberger Kongresse nicht beobachtet worden. Temperatursteigerungen nach Tamburin- oder Schlagballspiel konnte Referent bei blutarmen Mädchen nicht feststellen.

Nichtsdestoweniger ist bei heissem Wetter mässige Bewegung, wie Gartenarbeit, oder Ruhe in freier Natur, wie die Benutzung des hiesigen Luft- und Sonnenbades, vorzuziehen. Bei schlechtem Wetter sind Turnen oder Fechten, je nach Wunsch der Kinder, nicht zu beanstanden. Als Ersatz für diese obligatorischen Spiele empfiehlt sich neben Fussball oder Hockeyspiel für die Kräftigeren die Einführung regelmässiger Wanderungen in der kühleren Jahreszeit und im Winter, solange der Eislauf unmöglich ist, für alle Kinder. Das Bedürfnis nach körperlicher Betätigung in dieser Jahreszeit ist bei unseren Volksschülern um so grösser, als eine Turnstunde durch die Schulbrausebäder verloren geht. Auf Empfehlung des Referenten findet in einer Volksschule versuchsweise eine Kombination einzelner Uebungen des Müllerschen Systems mit dem Brausebade statt. Leider hat die Begeisterung für Wanderungen in den Lehrerkreisen infolge des Haftpflichtgesetzes und der Verweigerung der Stadt, generell die Versicherung zu übernehmen, Einbusse erlitten.

Vom Wassersport passt in den Betrieb der hiesigen Bürger- und Mittelschulen nur das Schwimmen. Die Beteiligung betrug im Sommer 1907 5497 Knaben und 3640 Mädchen von 41 Knaben- und 33 Mädchenschulen. Den von Schmidt-Bonn konstatierten günstigen Einfluss auf die Körperhaltung konnte Referent bei den diesjährigen Schlussuntersuchungen bestätigen.

Für die Mainverunreinigung sind nicht nur die industriellen Abwässer oberhalb Frankfurt, sondern auch die Stauung des Maines und der Schiffahrtsverkehr verantwortlich zu machen. Die intensive Färbung ist nach dem Gutachten des hiesigen Chemikers Dr. Popp auf sog. Farblacke zurückzuführen, die in äusserst feiner Suspension im Wasser vorkommen und unschädlich sind. Entsprechend der geologischen Beschaffenheit des Obermains ist das Wasser meist durch Bestandteile von Rotsandstein getrübt. Die Färbung des Wassers hat sich gegen früher verschlechtert, die hygienische Beschaffenheit aber seit der Frankfurter Kanalisation gebessert.

Kinder mit Neigung zu Schleimhautkatarrhen sind vor Tauchen, Anspritzen etc. dringend zu warnen.

Referent fasst seine Ansichten in folgenden Leitsätzen zusammen.

Zur körperlichen Ausbildung unserer Schuljugend sind:

1. die Turnspiele für alle Schüler und Schülerinnen an einem schul- und schularbeitsfreien Nachmittage im Sommer obligatorisch zu machen.

2. die Spielplätze durch die Stadt zu vermehren.

3. Als Ersatz für diese verbindlichen Sommerspiele empfiehlt sich in der kühleren Jahreszeit und im Winter, solange Eislauf unmöglich ist, neben Fussball- und Hockeyspiel für die Kräftigeren die Einführung regelmässiger Wanderungen für alle.

4. Das Flussschwimmen ist nach Tunlichkeit zu fördern. Die Beschaffenheit des Maines als Badewasser ist trotz der Verunreini-

gung unschädlich. Nichtsdestoweniger ist es dringend erforderlich, dass der städtische Gesundheitsrat im Interesse des öffentlichen Wohles der Verunreinigung des Maines dauernd die grösste Aufmerksamkeit schenkt.

Diskussion: Herr Moritz-Strassburg weist darauf hin, dass nach seinen vielfachen, von anderen Autoren bestätigten Erfahrungen, die auf exaktem orthodiagraphischem Wege gewonnen sind, trotz des gegenteiligen Standpunktes von Schott eine quasi physiologische Herzdilatation durch körperliche Anstrengung nicht vorkomme. Er selbst habe überhaupt noch keinen einwandfreien Fall von akuter Anstrengungsdilatation des Herzens, auch nicht bei krankem Organ gesehen. Doch möge das Zufall sein. Nach den Experimentaluntersuchungen von De la Camp sei anzunehmen, dass kranke Herzen bei Anstrengung sich vergrössern können, und er selbst habe gelegentlich seiner mit Dietlen unternommenen Untersuchungen an Radrennfahrern darauf hingewiesen, dass man an dem Ausbleiben einer Dilatation bei den Fahrern, die am Start ankamen, keinen sicheren Rückschluss auf die machen könne, die unterwegs liegen geblieben waren. Das Vorkommen von Herzverkleinerung bei Anstrengung — es bedürfe dazu keineswegs einer Ueberanstrengung — sei dagegen eine völlig gesicherte und wohl physiologische Erscheinung, wenn sie auch bei vorher, z. B. durch eine Infektionskrankheit, pathologisch dilatiertem Organ besonders deutlich hervortreten könne. Von einer akuten Ueberanstrengungsdilatation ganz zu trennen sei die Vergrösserung des Herzens, wie sie am gesunden Organ bei andauernder schwerer Berufsarbeit bei regulärem Sport oder auch beim Militärdienste auftrete. Diese sei ein notwendiges Phänomen allmählicher Hypertrophie des Herzens und könne als Erstarkung desselben bezeichnet werden.

Herr Schmiedicke: Es handelte sich bei den unter den herzkranken Gestellungspflichtigen ermittelten Radfahrern in den meisten Fällen um Herzvergrösserung und erregte unregelmässige Herztätigkeit.

Herr Vohsen: In den Ausführungen des Herrn Gelhaar nimmt der Schwimmsport eine breite Stelle ein. Er streift auch die Gefahren des Schwimmsportes für die Kinder, führt sie aber zu Unrecht auf Missbrauch zurück. Wir haben gehört, dass der Sport dem gesunden Herz nicht schadet, so schadet er auch nicht der gesunden, wohl aber der kranken Schleimhaut. Wasser soll, weder in Berührung mit der gesunden, noch weniger aber mit der kranken Schleimhaut der Nase, des Nasenrachenraumes und des Mittelohrs kommen. Das ist beim Schwimmen um so bedenklicher, da es sich um unreines Wasser handelt. Unsere besseren Untersuchungsmethoden lassen uns immer häufiger nach den Infektionskrankheiten des Kindesalters Erkrankungen des Siebbeins, der Nasennebenhöhlen und des Mittelohrs feststellen. Es ist darum angezeigt, das Betreiben des so warm von Herrn Gelhaar empfohlenen Schwimmsports von der ausdrücklichen Genehmigung des Schularztes abhängig zu machen.

Herr Benario: Was die Schädlichkeiten des Radfahrens anbetrifft, so wäre darauf zu achten, wie viele unter den herzkranken Gestellungspflichtigen sog. Transportfahrräder gefahren haben; d. h.

diejenigen, die nur ihr eigenes Körpergewicht befördert haben, und die, die ausserdem noch mehr oder minder grosse Lasten zu transportieren haben. — Für die weitere Ausdehnung der Luft- und Lichtbäder wären — nach amerikanischem Muster — auf den Schulen sog. Dachgärten sehr zweckmässig.

Herr Herzog empfiehlt für den Turnunterricht bezw. die Sportausübung bei der Jugend das Keulenschwingen besonders als kurze Zwischenpause zwischen mehreren Unterrichtsstunden.

Ordentliche Sitzung vom 18. Mai 1908 abends 7 Uhr im Hörsaal des Dr. Senckenbergischen Bibliothekgebäudes.

Vorsitzender: Herr Edinger.
Schriftführer: Herr Cahen-Brach.

Protokollverlesung.

Der Vorsitzende teilt mit, dass in der Frankfurter Zeitung ein Bericht über die letzte Vereinssitzung erschienen sei und legt Verwahrung gegen eine solche ohne Zustimmung des Vereins vorgenommene Veröffentlichung ein. Als Verfasser des erwähnten Berichtes bekennt sich Herr Benario und bittet um Entschuldigung.

Eine von 10 Mitgliedern unterschriebene Anfrage des Herrn Eiermann, ob er wegen Besetzung der gynäkologischen Stelle am städtischen Krankenhaus interpellieren dürfe, wird vom Vorsitzenden mit der Begründung verneint, dass der Vorstand unter Zustimmung des Fünferausschusses und des Ausschusses für Standesangelegenheiten eine Diskussion darüber im Aerztlichen Verein für inopportun gehalten habe; für einen formellen Antrag fehlte die notwendige Anzahl Unterschriften.

Eingegangen ist ferner eine Einladung zur 15. Versammlung des Vereins süddeutscher Laryngologen.

Die Einladung zum Aerztetag geht an den Ausschuss für Standesfragen.

Ein mit 15 Unterschriften versehener Antrag Gelhaar soll auf die Tagesordnung der nächsten Sitzung gesetzt werden.

Herr **Jakobsthal: Demonstrationen aus dem Pathologischen Institut.**

Sodann hält der vom Vorsitzenden als Gast begrüsste Herr Ingenieur **Friedr. Dessauer**-Aschaffenburg seinen angekündigten Vortrag über **eine neue Anwendung der Röntgenstrahlen.**

Während seit einer Reihe von Jahren die therapeutische Anwendung der Röntgenstrahlen in der Dermatologie Erfolge zeigte, versagte die Methode in fast allen Fällen, bei denen es sich um mehr oder minder in der Tiefe gelegene Krankheitsherde handelte. Immerhin fanden sich auch einige Andeutungen für Tiefenwirkung.

Heineke beobachtete als erster die Wirkung auf das lymphatische Gewebe in der Milz, Perthes hat karzinomatöse Lymphdrüsenmetastasen bei Lippenkarzinom durch die Haut hindurch zum Schwund gebracht. Solche Andeutungen, die in den Jahren 1903/04 konstatiert wurden, waren Belege dafür, dass die Haut nicht vollständig die physiologische Wirkung der X-Strahlen aufnehme, sondern dass auch durch die Haut hindurch von der X-Strahlung Kräfte transportiert würden, die auf die Zellen wirken.

Perthes hat als erster und unter Aufwand grosser Versuchsreihen sich die Frage vorgelegt, wie weit die biologische Wirkung der X-Strahlung in die Tiefe gehe. Richtig erkannte er die Problemstellung als eine physikalische, auch fand er wohl zwei wesentliche Faktoren, von denen die Tiefe des biologischen Einflusses abhängig ist, nämlich die Zunahme der Entfernung von der Strahlenquelle und die Absorption der durchdrungenen Medien.

Seine Resultate fasst er in folgenden Worten zusammen:

„Bei Bestrahlung des Körpers sinkt die Intensität der Röntgenstrahlen von der Körperoberfläche nach dem Körperinneren zu rasch ab. Bei Verwendung von mittelweichen Röhren ist in 1 cm Tiefe nur 50 bis 60 Proz. der ursprünglichen Intensität vorhanden. Die Intensitätsabnahme erfolgt langsamer bei der Anwendung harter Röhren, aber auch in diesem Falle sinkt die Intensität im 4. cm unter 40 Proz., im 5. cm unter 25 Proz. des ursprünglichen Wertes herab. Die Intensitätsabnahme in der Tiefe erfolgt merklich langsamer, wenn auf die Körperoberfläche eine absorbierende Schicht, etwa 1 mm Aluminium gelegt wird."

Nach diesen Resultaten von Perthes schien die Frage nach einer rationellen Therapie tiefliegender Krankheitsherde in der übergrossen Mehrzahl der Fälle verneint. Immerhin kann man mit dem Perthesschen Verfahren die Beeinflussung ein wenig tiefer als die oberflächliche Hautschicht verlegen, aber ausgeschlossen erscheint es nach seinen Resultaten eine rationelle Therapie der tiefliegenden Organe zu inaugurieren.

Ende des Jahres 1904 beschäftigte ich mich, zunächst ohne die Perthesschen Arbeiten zu kennen, mit einem ähnlichen Problem. Allerdings war die Problemstellung wesentlich weitergehend. Ich wollte, mit einem Wort, versuchen, in einer beliebigen Tiefe des menschlichen Körpers, unter praktisch möglichst den gleichen physikalischen Bedingungen zu bestrahlen, wie auf der Haut.

Die Anregung zu dieser Fragestellung kam mir gelegentlich fachwissenschaftlicher Diskussionen mit meinem Freund und Mitarbeiter Dr. Paul Franze. Das was am Problem mich am meisten reizte, war der Gedanke: bösartige Neubildungen, Karzinome, Sarkome etc. die teilweise gegenüber der Energie der X-Strahlung besonders sensibel sind, in der Tiefe zu bekämpfen, unabhängig wenigstens zu werden von den räumlichen Verhältnissen des Erkrankungsherdes.

Auch der zur Metastasenbildung führende Transport in der Lymphbahn oder Blutbahn sollte dem Strahleneinflusse zugänglich gemacht werden.

Selbstverständlich habe ich mir nicht vorgestellt, dass damit das therapeutische Problem der malignen Tumoren mit einem Schlage gelöst werden würde. Aber ich sagte mir, dass bei den Resultaten

in der Dermatologie diese physikalische Vorfrage die Grundlage für einen Fortschritt sei, dass wir zwar nicht wissen können, was die Natur nachher zu einer solchen Bestrahlung sagt, dass wir aber dies jedenfalls nur dann erfahren können, wenn wir physikalisch mehr oder weniger unabhängig von der Lage des zu behandelnden Gebietes werden.

Die Resultate meiner damaligen Arbeit sind im Anfang des Jahres 1905 in der „Medizinischen Klinik" unter dem Titel: „Beiträge zur Bestrahlung tiefliegender Prozesse" erschienen.

Ich will das Problem und seine Lösung in Nachfolgendem kurz darstellen:

Den X-Strahlen als physikalischer Energieform kommt eine biologische Wirkung zu. Sie wirken auf die Zellen. Diese Wirkung ist ungleich auf verschiedene Zellen.

Wir bezeichnen als Elektivwirkung die verschiedene Reaktion differenter Zellen auf eine gleiche Menge X-Strahlen. Im grossen und ganzen erliegen protoplasmareiche, jugendliche Zellenformen eher als vollreife, stabile, langlebige und nicht zur Vermehrung neigende Zellenformen. Auf dieser unterschiedlichen Reaktion der Zellformen auf eine gleiche X-Strahlenenergie baut sich zum grossen Teil die Röntgentherapie auf, die in der Dermatologie angewendet wird. Die protoplasmareichen Veränderungen (Kankroide etc.) bestehen aus Anhäufungen instabiler Zellen. Wird ein solcher Herd auf der Oberfläche der Haut gleichmässig wie die gesunde Umgebung bestrahlt, dann kann in geeigneten Fällen bei einer bestimmten Dosis, die pathologische Zellanhäufung zum Verschwinden gebracht werden, bevor die gesunde Umgebung in erheblichem Masse oder überhaupt reagiert.

Würde indessen die gesunde Umgebung erheblich mehr X-Strahlenenergie erhalten als die pathologische Stelle, so würde naturgemäss eine therapeutische Wirkung nicht oder nur in reduziertem Masse zu erzielen sein, weil der Eliminierung des Krankheitsherdes eine Zerstörung der normalen Partien parallel ginge.

Demnach ist die erste Voraussetzung einer auf der Elektivwirkung gegründeten rationellen Therapie mit X-Strahlen die, dass die zu beeinflussenden erkrankten Herde mehr oder gleichviel Strahlungsenergie erhalten, als die gesunde Nachbarschaft. Sehen wir von den Fällen ab, in denen es möglich ist, dem pathologischen Gebilde mehr X-Strahlung zuzuführen als der Umgebung, so lässt sich die obige Forderung wie folgt formulieren: Voraussetzung für eine auf der Elektivwirkung ruhende rationelle Therapie mit Röntgenstrahlen ist die homogene Bestrahlung des pathologischen Herdes mit seiner Nachbarschaft.

Bei tiefgelegenen Prozessen erhält die Oberfläche sehr viel mehr als die Tiefe. Der Grund hierfür liegt in der Natur der X-Strahlung und der gegenwärtigen Versuchsordnung. Bezeichnen wir die auf die Zelle zur Entfaltung kommende Wirkung eines X-Strahles als seine biologische Energie, so lässt sich das Gesetz formulieren, dass die biologische Energie mit wachsender Penetrationskraft rasch abnimmt, dass also die am leichtesten und naturgemäss in den Oberschichten absorbierten X-Strahlen die grösste biologische Wirkung haben.

Da ausserdem die X-Strahlenmenge mit dem Quadrat der Entfernung vom Strahlenzentrum (Antikathode der Röhre) abnimmt, so

ist bei den gegenwärtigen Methoden die biologische Oberflächenwirkung sehr gross, die biologische Tiefenwirkung sehr gering.

Demnach ist die erste Voraussetzung zur Lösung des Problems, tiefliegende Krankheitsherde mit der Energie der X-Strahlung zu beeinflussen, die Homogenität des bestrahlten Gebietes. Die Homogenität als Grundlage der Tiefenbestrahlung bedeutet also die Forderung, physikalisch die Möglichkeit zu schaffen, in der Tiefe so zu bestrahlen, wie jetzt auf der Oberfläche der Haut, das heisst so, dass alle in dem Bereiche der Strahlung liegenden Organe unabhängig von ihrer Tiefe oder Distanz, unabhängig von ihrer Absorptionskraft, praktisch gleichviel biologische X-Strahlenenergie erhalten können.

Ist nun eine solche Versuchsanordnung möglich, bei welcher die Organe unbeschädigt ihrer Tiefenlage homogen durchstrahlt werden?

Nehmen wir zwei in den spezifischen Gewichtsgrenzen des menschlichen Organismus liegende Körper, also zum Beispiel ein Stück Knochen und ein Stück Muskelfleisch, durchleuchten sie mit einer gewöhnlichen Röntgenröhre, dann wirft der Knochen einen erheblich dunkleren Schatten auf den Leuchtschirm als das Muskelfleisch. Aber schon hier können wir feststellen, dass diese Schattendifferenz, deren Ursache eine verschiedene Absorptionskraft der durchstrahlten Partien ist, nicht immer gleich bleibt. Durchleuchten wir die Körper mit Strahlungen von verschiedenen Penetrationsgraden, so stellen wir leicht fest, dass die Schattendifferenzen der beiden Körper mit wachsender Durchdringungskraft der Röhre immer mehr verschwinden. Nehmen wir eine sehr harte Röhre, dann stellen wir schon nahezu keine Absorptionsdifferenzen mehr fest und wir müssen uns das ein wenig gesteigert denken, um zu dem Resultat zu gelangen, dass bei sehr harter Röhre die Absorptionsdifferenz praktisch verschwindet.

Bei dem Versuch wird zunächst die Differenz nicht ganz aus der Welt zu schaffen sein. Dies kommt daher, dass der sehr penetrierenden X-Strahlung der benutzten Röhre immer noch ein Bruchteil weniger durchdringungsfähiger Strahlung beigemischt ist. Wenn wir diese weniger penetrierenden Strahlen indessen eliminieren, dann kommen wir zu verschwindender Schattendifferenz. Wir bringen zwischen Röntgenröhre und unser Objekt eine stark absorbierende Schicht, eine Bleiglaswand und Sie sehen, dass nun die Schattendifferenzen wirklich verschwunden sind, Fleisch und Knochen sind gleich stark durchstrahlt — homogen durchstrahlt.

Man darf nun nicht den Fehler machen, den Holzknecht auf dem Röntgenkongress gemacht hat, als er die Anschauung äusserte, dass bei einer gleichmässigen Durchstrahlung überhaupt nichts mehr absorbiert werde und infolgedessen auch keine biologische Wirkung mehr eintreten könne. Eine solche Schlussfolgerung stellt genau denselben Fehler dar, wie die Vernachlässigung der sehr kleinen Grössen in der Mathematik, oder in der Anwendung der Mathematik, der Naturwissenschaft, der Technik. Sie wissen, dass auf der Rechnung mit kleinen Grössen fast die ganze höhere Mathematik aufgebaut ist, die Differentialrechnung, die Integralrechnung usw. Wenn die Absorption in einem grösseren Körpergebilde sehr gering wird, also die meisten Strahlen hindurchdringen, dann dürfen wir nicht sagen, dass der Körper nichts mehr absorbiert.

Im Gegenteil, setzen wir ihn viele Stunden oder Tage der Durchstrahlung aus, so wird die Addition dieser Strahlungseinflüsse eine gewaltige Veränderung hervorrufen. Aber etwas anderes dürfen wir sagen: Bei solchen Härtegraden, bei denen die einzelnen Organe des menschlichen Körpers praktisch homogen durchstrahlt werden, auch eine räumliche Homogenität gewahrt bleibt, ist der Unterschied zwischen dem, was entfernter oder näher liegende Körperteile an Strahlung absorbieren, verschwindend klein und praktisch zu vernachlässigen. Es wird praktisch gleichgültig sein, ob in einem räumlich homogenen Strahlungsfeld von solcher Penetrationskraft die Brust oder der Rücken der Röntgenröhre zugewendet ist. Die der Brustwand anliegenden und die der Rückenhaut anliegenden Organe werden annähernd gleichviel X-Strahlung absorbieren.

Wir sehen also, dass es zwei Faktoren sind, von denen die endgültige Lösung der Tiefenbestrahlung im Prinzip abhängt: die räumliche Homogenität und die qualitative Homogenität. Unter räumlicher Homogenität verstehen wir das Verschwinden der räumlichen Abnahme der Strahlung. Bei der gegenwärtigen Versuchsanordnung ist diese räumliche Homogenität nicht erfüllt. Die Röhre steht in einigen Zentimetern Abstand von der Haut. Quadratisch mit dem Abstand nimmt die X-Strahlenmenge und damit auch der biologische Effekt ab. In dem doppelten Abstand der Röhre ist nur noch ein Viertel der Energie vorhanden, wie im einfachen Abstande. Ganz ähnlich wie bei einer Laterne, in deren Schein wir eine Zeitung lesen. Lesen wir die Zeitung in 1 m Entfernung, so ist sie viermal heller beleuchtet als in 2 m Entfernung. Aber es ist praktisch gleichgültig, ob wir die Zeitung in 2 m oder in 2 m und 1 cm Entfernung halten. Denn die Tiefendifferenz von 1 cm spielt keine Rolle zum Gesamtabstand in beiden Fällen. So auch bei der Röntgenstrahlung. Entfernen wir die Röhre 5 m weit vom Patienten, so ist, wenn die Strahlung hinreichend penetrierend ist, die Dicke des Objektes von vielleicht 20 cm praktisch in dieser Beziehung irrelevant. Wir haben eine räumliche Homogenität so lange, als die Tiefe des zu beeinflussenden Objektes verschwindend klein ist zum Gesamtabstand. Bei einer Röhrendistanz von 1 m werden wir etwa 5 cm als räumlich homogen durchstrahlt bezeichnen können. Bei einer Distanz von 2 m können wir ruhig 12 bis 15 cm Körpertiefe als räumlich homogen durchstrahlt auffassen. Ist im übrigen noch die qualitative Homogenität gewahrt, d. h. ist die Penetrationskraft so gesteigert, dass die verschiedenen Organe des Körpers keine merklichen Absorptionsdifferenzen mehr aufweisen, dann können wir jede beliebige Körpertiefe homogen durchstrahlen.

Bei der praktischen Durchführung des Problems kommt noch eine Reihe von Faktoren uns als Erleichterung zu statten. Zunächst wird es nicht in allen Fällen nötig sein, technisch die ideale Lösung des physikalischen Problems zu verwirklichen. Handelt es sich um ein Sarkom des Armes z. B., so ist die zu durchstrahlende Dicke des Objektes nur gering. Ein Röhrenabstand von 1 m wird ausreichend sein. Wir können uns auch dadurch helfen, dass wir den Arm nacheinander von verschiedenen Seiten bestrahlen, dann erleichtern wir uns die räumliche Homogenität beträchtlich. Ist die qualitative Homogenität dabei nicht ganz erfüllt, d. h. nimmt die Strahlung, weil sie nicht penetrant genug ist, auf der Dicke des

Armes doch schon merklich ab, dann wird ein solches Bestrahlen des Armes von verschiedenen Seiten nacheinander oder gleichzeitig durch Betrieb mehrerer Röhren die Homogenität wieder herstellen. Es wird also praktisch nicht immer nötig sein, die physikalische Forderung in idealer Vollkommenheit zu realisieren.

Ein weiterer praktischer Vorteil wird der gleichzeitige Betrieb mehrerer Röhren sein. Durch diesen Betrieb können wir das Feld räumlich homogen machen und können da, wo die Strahlungen der beiden Röhren sich überkreuzen, Orte von erhöhter Intensität schaffen. Angenommen, es handelt sich um eine bestimmte Stelle im Mediastinalraum, so werden wir uns praktisch zur Erleichterung der Tiefenwirkung dadurch helfen, dass wir vielleicht einmal durch ein Bleidiaphragma von vorn nach hinten durch den zu beeinflussenden Krankheitsherd hindurchstrahlen, einmal von der Seite aus dasselbe tun. Dann überkreuzen sich die Strahlenbündel in dem Erkrankungsherd.

Gehen wir nun dazu über, die technische Lösung des Problems ein wenig ins Auge zu fassen. Ich möchte das mit Ihrer Erlaubnis historisch tun, indem ich Ihnen aufzähle, wie ich durch meine Versuche unter Ueberwindung mancher Schwierigkeiten allmählich zur endgültigen Lösung des Problems kam.

Nach der oben erwähnten ersten Veröffentlichung des Problems und der physikalischen Lösung in der „Medizinischen Klinik" ersuchte ich auf Grund dieser Arbeit ärztliche Unterstützung zur Durchführung der notwendigen Versuche zu erhalten Nach längeren vergeblichen Versuchen fand ich Gastfreundschaft in der Klinik von Exz. C z e r n y in Heidelberg. Die ersten Apparate zur Tiefenbestrahlung wurden, ohne dass ich über wesentliche technische Anhaltspunkte verfügte, nach einem Entwurf konstruiert und waren von September 1905 bis Mai 1906 dort in Tätigkeit.

Es gelang dort tatsächlich eine wirkliche Tiefenbestrahlung, die sehr nahe an das physikalische Ideal heranreichte, durchzuführen. Zwei Röntgenröhren waren gleichzeitig in Betrieb. Sie waren an der Decke des Zimmers in möglichstem Abstand von den Patienten angebracht. Durch hohe Evakuation dieser Röhren, über das normale Maass hinaus, war für die nötige Durchdringungskraft der X-Strahlung gesorgt. Um die Strahlung von jeder Beimengung etwa minder penetranter Strahlengruppen zu reinigen, wurden sie durch Filterzonen geleitet. Die Aufgabe solcher Filterzonen ist eine doppelte. Einmal absorbieren sie weniger penetrierende Strahlengruppen. Dann aber entstehen in ihnen ausserordentlich penetrationskräftige, sekundäre Strahlungen, wenn das Material geeignet gewählt wird. Wie der französischen Physiker S a g n a c kurze Zeit nach der Entdeckung R ö n t g e n s gefunden hat, erzeugen X-Strahlen in allen Medien, die sie durchdringen, sekundäre Strahlen, die aus ultraviolettem Licht und aus diffusen X-Strahlen bestehen. Diese in den Körpern gebildete sekundäre diffuse X-Strahlung ist bei vielen Körpern penetrierender als die in die Körper hineingeleitete primäre Strahlung. Durch solche Strahlen t r a n s f o r m a t i o n, also Umwandlung weniger penetranter in mehr penetrierende Strahlung, versuchte ich die Homogenität des Feldes zu erhöhen.

Durch Versuche konnte man feststellen, dass tatsächlich in der Nähe des Bodens die Strahlung auf ziemlich grosse Distanzen als

homogen betrachtet werden konnte. Selbst unterhalb der eisernen Bettstellen fluoreszierte der Leuchtschirm und seine Bewegung einige Zentimeter aufwärts oder abwärts liess keine Veränderung seiner Fluoreszenzhelligkeit bemerken. Bei Durchleuchtungsversuchen warf der Körper nur einen ganz schwachen, hauchartigen Schatten auf den Leuchtschirm, ohne dass es möglich gewesen wäre, Details, Knochen u. dergl. im Bilde deutlich zu differenzieren. Dadurch, dass die Patienten unter Abdeckung des übrigen Körpers an der erkrankten Partie von den verschiedenen Seiten bestrahlt wurden, konnte man der Tiefe eine erhebliche Strahlenmenge zuführen.

Auch glückte es bei der damaligen Versuchsanordnung mit denselben Röhren, einen vielhundertstündigen Betrieb aufrecht zu erhalten, während die vorher publizierte Maximalbetriebsdauer einer Röntgenröhre etwa 40 Stunden betragen hatte.

Die medizinischen Resultate waren nicht zweifelsfrei. Dies war hauptsächlich dem Umstade zuzuschreiben, dass, ausser einem einzigen Fall, die Patienten sich nur kurze Zeit in dem Raum aufhielten, während eine hundertstündige Bestrahlung die erste Voraussetzung zur Applikation einer Minimaldosis war.

Jedenfalls war aber physikalisch und technisch das Problem der Tiefenbestrahlung damit erstmalig realisiert. Mein weitgehender Plan der damaligen Zeit wollte diese homogene Strahlung bis zur vollen Analogie des homogenen Lichtfeldes ausdehnen.

Diese Analogie ist leicht skizziert. Ein für Lichtstrahlen durchlässiger Körper, etwa ein Würfel aus farblosem Glas, das nur sehr wenig Licht absorbiert, kann in der Nähe des Bodens in diesem Hörsaal als homogen mit Licht durchstrahlt aufgefasst werden. An die Stelle des Glaskörpers tritt der menschliche Körper oder ein Teil desselben. Wie der Glaskörper für Licht, so ist der menschliche Körper für diese penetrante X-Strahlung durchlässig. Verwandelt man den Aufenthaltsraum von Kranken in ein homogenes X-Strahlenfeld, wie dieser Raum ein homogenes Lichtfeld ist, so wandeln die Kranken in einer fortdauernden X-Strahlung, die ihren ganzen Körper durchdringt. Die Apparate zur Erzeugung der X-Strahlung brauchen nicht sichtbar angeordnet zu sein, wir können Tageslicht in diese Räume eintreten lassen und an die entfernte Möglichkeit einer X-Strahlentherapie in der Richtung denken, dass wir Patienten Tage und Nächte, ja wochenlang gleichsam in einer X-Strahlenatmosphäre leben lassen. Ich will gleich hinzufügen, dass diese Konstruktion zweifellos jetzt physikalisch und technisch möglich ist, dass Sie zunächst aber auch nur physikalisch gedacht ist. Etwas derartiges zu veranstalten, dazu ist es sicher noch zu früh. In einer neuen Methode, auch hier, darf nur schrittweise vorgegangen werden.

Die Versuche in Heidelberg machte ich aus eigenen Mitteln. Ich musste sie deshalb nach etwa 6 Monaten abbrechen, dem bekannten Satze folgend: ultra posse nemo obligatur. Ich suchte nach Staatshilfe zur Fortführung der Versuche und fand zuerst eine ausserordentlich intensive, verständnisvolle und förderliche Untersuchung durch die Frauenklinik in Halle und deren Direktor Herrn Geheimrat Dr. Veit. Inzwischen sind die Versuche in grösserem Massstabe auch in einer ausländischen Universitätsklinik und in einem deutschen königl. experimentellen Institut aufgenommen.

M. H.! Wenn ich das Resultat zusammenfasse, so kann ich heute sagen: wir können physikalisch in der Tiefe heute so bestrahlen, wie bisher auf der Hautoberfläche. Das ist aber auch das ganze Resultat der bisherigen Arbeit und, wenn Sie mir einwenden, dass dies medizinisch noch nicht viel sagen will, und dass es wohl verfrüht ist, damit jetzt an die Oeffentlichkeit zu treten, so muss ich Ihnen das zugeben. Es ist auch nicht mein freier Wille, dass ich mit dieser noch nicht ausgereiften Sache heute in Ihren Verein komme. Indessen ist, ohne meinen Willen und ohne mein Wissen, von anderer Seite auf dem letzten Röntgenkongress die Sache vorgetragen worden. Im Juni vorigen Jahres habe ich auf Wunsch dem Wiener Dozenten, Herrn Holzknecht, der in einem Sarkomfall von einer hochgestellten industriellen Persönlichkeit in Berlin konsultiert, die Bestrahlung auf Grund meiner Publikation, wie er mir sagte, ausführen wollte, in meinem Laboratorium in Aschaffenburg die Methode eingehend gezeigt. Da Geheimrat Veit und meine übrigen Mitarbeiter die Vereinbarung getroffen haben, dass nur unter gegenseitigem Einverständnis eine Tiefenbestrahlung von mir unterstützt werden sollte, — eben, um zu verhüten, dass die unreife Sache zu früh an die Oeffentlichkeit käme, — trug meine Demonstration an die genannten Herren den Charakter einer vertraulichen Mitteilung und Veit und ich gaben die Zustimmung zu meiner persönlichen Mitarbeit bei dem vorliegenden Falle nur unter der Voraussetzung, dass über die Methode und die Resultate nichts ohne unser Vorwissen publiziert werden dürfe. Ich war im vergangenen Jahr in dieser Sache öfters tätig und mein Erstaunen über den folgenden Vorgang war sehr gross. Herr Dr. Holzknecht demonstrierte nämlich ohne mein Vorwissen die ganze Methode der Tiefenbestrahlung auf dem letzten Röntgenkongress als ein Verfahren, dessen Hilfsmittel Perthes angegeben habe und das er zum ersten Male persönlich in die Wirklichkeit umgesetzt habe. Mich erwähnte er nicht. Diese Dinge werden an anderer Stelle noch auszutragen sein.

M. H.! Es ist für die Allgemeinheit ziemlich gleichgültig bei irgend einem Fortschritt, wem sie ihn verdankt. Die Hauptsache ist, dass er gemacht wird. Wenn ich Sie trotzdem bei diesen Demonstrationen von dem Vorgefallenen unterrichtete, so geschah es aus zwei Gründen. Einmal, weil es sich um ein Stück Lebensarbeit handelt, an dem ich unter manchen Enttäuschungen und vielen persönlichen Opfern und anfangs ohne von einer Seite Verständnis zu finden, gearbeitet habe. Dann aber, weil ich von mir und denen, die mich unterstützten, das Odium nehmen möchte, mit einer noch nicht ausgereiften Sache, die unter Umständen bedeutenden Schaden anrichten kann, zu früh in die breite Oeffentlichkeit getreten zu sein.

Sie sehen hier, meine Herren, einen Transformator, der uns Wechselstrom von ausserordentlich hoher Spannung liefert. Mit diesem Transformator betreibe ich gleichzeitig mehrere Röntgenröhren und leite die so erzeugte X-Strahlung durch einen Filter, der aus mehreren Lagen besteht. Der Hauptbestandteil des Filters ist Glas. Der in einem gewissen Abstand von dem Glasfilter gehaltene Durchleuchtungsschirm leuchtet auf. Von einem hinter dem Leuchtschirm gehaltenen Arm sehen Sie nur leichte Schattenandeutungen, eine ganz schwache Trübung des Leuchtschirmbildes, aber Sie ver-

mögen nicht den Knochen innerhalb der Weichteile erkennen. Ebenso wirft ein hinter den Schirm gestellter menschlicher Körper nur einen schwachen Schatten, ohne dass irgend eine Differenzierung im Innern möglich wäre. Messungen bei dieser Art der Bestrahlung mit Verfärbungskörpern ergeben, dass die Verfärbung vor und hinter dem durchstrahlten Körper fast die gleiche ist, dass jedenfalls die Abnahme der Absorption nicht mehr erheblich ins Gewicht fällt.

Man wird im allgemeinen natürlich die Tiefenbestrahlung mit Hilfe spezieller Röntgeninstrumentarien ausführen, wie solche von den Vereinigten elektrotechnischen Instituten Frankfurt-Aschaffenburg nach meinen Angaben gebaut werden. Indessen lassen sich Tiefenbestrahlungen auch mit guten Röntgeninstrumentarien leicht improvisieren.

Wenn Sie mich nun fragen, was ich von der Bedeutung und den Aussichten dieser neuen Anwendung der Röntgenstrahlen halte, dann möchte ich folgendes zur Antwort geben: Soweit sich von einer biologisch-experimentell noch nicht ausgeprüften Sache etwas vermuten lässt, glaube ich, dass sie eine, für manche Fälle nützliche Bereicherung unseres Könnens sein wird. Wir wissen noch nicht, was die Natur zu einer solchen Bestrahlung sagt, ob sie, wenn es uns nun tatsächlich gelingt, in der Tiefe pathologische Gebilde durch Bestrahlung zu beeinflussen, auch mit den Zerfallprodukten fertig wird. Wir wissen nicht, ob nicht normale Organe, ob nicht insbesondere die Drüsen durch solche Bestrahlung mehr geschädigt werden, als wir nützen. All das liegt noch in der Zukunft. Diese Bedenken dürfen einen Untersucher nicht abhalten von seinen Problemen, und mit Skepsis allein wird kein Ding gross. Aber sie sollen uns auch von einem zu grossen Enthusiasmus abhalten und vor zu frühzeitigem Gebrauch einer vielleicht zweischneidigen Waffe. Das Erste und das Letzte bei solchen Dingen bleibt immer: interrogare naturam. Sie allein vermag über den Wert dieser Sache zu entscheiden.

Ordentliche Sitzung vom 1. Juni 1908 abends 7 Uhr im Hörsaal des Dr. Senckenbergischen Bibliothekgebäudes.

Vorsitzender: Herr Edinger.
Schriftführer: Herr Cahen-Brach.

Protokollverlesung.

Hierzu bemerkt Herr Eiermann, dass zu einer Interpellation, wie er sie in der letzten Sitzung beabsichtigt habe, nicht 15 Unterschriften nötig seien, sondern nur 7, wofern man den § 7 der Geschäftordnung auch auf Interpellationen anwenden wolle. Tue man dies nicht, so müsse, da in den Satzungen des Vereins der Fall einer Interpellation nicht vorgesehen sei, der parlamentarische Usus in Kraft treten. Danach sei der Wortlaut bekannt zu geben und dann die Anfrage an den Interpellanten zu richten, ob er zu einer Begründung seiner Anfrage bereit sei. Sei dies nicht der Fall, so müsse man das Plenum befragen, ob eine Besprechung gewünscht werde. Alles dies sei nicht geschehen. Er frage hiermit an, ob seine schriftliche Anfrage genüge, um eine Besprechung herbeizuführen. Andernfalls werde er einen formellen Antrag stellen.

Herr Edinger erwidert, dass er im Einverständnis mit dem Vorstand, dem Fünferausschuss und dem Ausschuss für Standesangelegenheiten es abgelehnt habe, in eine Besprechung der Angelegenheit einzutreten. Jedoch sei er bereit, diese auf die Tagesordnung der nächsten Sitzung zu setzen. Auf weitere Bemerkungen der HH. Sippel und Eiermann hin wird beschlossen, eine Besprechung der Geschäftsordnungsfrage demnächst in einer Sitzung vorzunehmen.

Eingegangen:

Schreiben der Anstaltsdeputation mit der Bitte, einen oder mehrere Herrn zu delegieren behufs Besprechung mit Herrn Stadtrat Lautenschlager über die am 26. April gefassten Resolutionen.

Nach kurzer Diskussion werden die Herren Laquer und Hübner gewählt.

Anfrage der Senckenbergischen Bibliothek betreffs einiger Neuanschaffungen. Wird zugestimmt.

Anfrage der Medizinischen Gesellschaft zu Bad Homburg, ob der Vertreter des Aerztlichen Vereins auf dem deutschen Aerztetag die Vertretung der Gesellschaft mitübernehmen wolle. Wird bejaht.

Schreiben des Herrn Prof. Dr. Herxheimer betreffs des Dermatologenkongresses.

Mitteilung des Ausschusses für Standesfragen, dass zum 1. Vorsitzenden Herr Ebenau, 2. Vorsitzenden Herr Hirschberg, 1. Schriftführer Herr Kutz, 2. Schriftführer Herr Gelhaar erwählt worden seien.

Vom Generalsekretär des deutschen Aerztevereinsbundes, Herrn Dr. Heinze, Leipzig, übersandte Beiträge zur Bekämpfung der Bekämpfung der Kurpfuscherei gehen an die betreffende Kommission.

Tagesordnung der Sitzung der Wissenschaftlichen Vereinigung des städtischen Krankenhauses am 2. ds.

Hierauf verliest der Vorsitzende einen mit 15 Unterschriften bedeckten Antrag des Herrn Gelhaar, der eine Anzahl hygienischer Forderungen aus den Referaten über die Sportfrage (s. Protokoll der Sitzung vom 11. Mai) als Resolution des Vereins an den Magistrat übermitteln will. Nach kurzen Bemerkungen der Herren Laquer und Hübner wird im Sinne der Antragsteller beschlossen.

Die Resolution lautet:

„Der ärztliche Verein hat am 11. Mai mehrere Referate entgegen genommen, welche sich mit der Sportfrage und verwandten Dingen beschäftigten. Einige der von seinen Referenten und Mitgliedern gemachten Vorschläge sieht er sich verpflichtet, dem Magistrate ergebenst vorzulegen, mit der Bitte, sie auf ihre Durchführbarkeit zu prüfen und nötigenfalls an die anderen zuständigen Behörden befürwortend weiter zu geben.

1. Die Gelegenheit zu Turnspielen war bisher unzureichend. Den im Sommer 1907 spielenden Kindern — 13 125 an der Zahl — standen nur ein grosser Spielplatz (Hundswiese) und 8 kleinere in der Grösse von 50 ar bis 1,5 ha zur Verfügung. Es verlautet, dass weitere Spielplätze in Aussicht stehen. Bis zu ihrer Fertigstellung bitten wir in Erwägung zu ziehen, ob einige der vorhandenen Sportplätze ermietet werden könnten, um so den Kindern den Aufenthalt auf den nicht immer staubfreien Schulhöfen zu Spielzwecken zu ersparen.

2. Wir ersuchen die Einführung eines für alle Schüler und Schülerinnen verbindlichen schul- und schularbeitsfreien Spielnachmittags im Sommersemester anzubahnen.

3. Wir bitten den Magistrat, die Bestrebungen, welche auf eine Sanierung des Mainwassers gerichtet sind, dauernd zu fördern, weil wir in dem auch von der Stadt so sehr gepflegten Flussschwimmen unserer Jugend ein ungemein wichtiges hygienisches Moment sehen.

4. Es erscheint daher wünschenswert, dass die Schulärzte von etwa oberhalb Frankfurts herrschenden und auf dem Mainweg übertragbaren Epidemien benachrichtigt werden.

5. Indem wir die grossen gesundheitlichen Vorteile, welche die Luft- und Sonnenbäder bieten, anerkennen, bitten wir zu prüfen, ob bei zukünftigen Schulbauten solche nicht, wie in Amerika üblich, etwa auf den Dächern angelegt werden können.

6. Es kann keinem Zweifel unterliegen, dass die durch den Automobilverkehr verursachte Staubplage grosse gesundheitliche Schädigungen mit sich bringt. Es ist zu erwägen, ob nicht, neben der mehrmals im Tage zu wiederholenden ausgiebigen Besprengung der Strassen, die in neuester Zeit anderweits mit Erfolg zur Anwendung gekommenen Staubbindungsmittel auch hier eingeführt werden können."

6*

Demonstration des Herrn **Goldschmidt** aus dem Pathologischen Institut.

1. **Lungen** einer 39 jährigen Frau, die wegen Phthise behandelt wurde. Bei der Sektion fand sich eine alte karnefizierte Pneumonie im rechten Unterlappen, frischere karnefizierende Pneumonien im rechten Ober- und Mittellappen. Bronchiektasien, alte Spitzentuberkulose. Das derbe, bindegewebig veränderte Lungenparenchym ist von hellgraurosa Farbe, vollkommen pigmentlos, so dass ein Prozess angenommen werden muss, der sich im frühesten Kindesalter abgespielt hat. Alter und ursprüngliche Ausdehnung nur vermutungsweise festzustellen.

2. **Lungen** eines 2 jährigen Mädchens, das nach einer Empyemoperation ad exitum kam. Auf dem linken Unterlappen ein isolierter, gut erbsengrosser Käseknoten, dem ein abgekapselter verkäster Knoten in der Lunge entspricht. Anthrakotische und verkäste Lymphdrüsen. Tuberkulose des Peritoneums, Pleuritis. Rechter Ober- und Unterlappen sowie ²/₃ des linken Oberlappens vollkommen von karnefizierender Pneumonie eingenommen.

3. **Ichoropyometra** einer 67 jährigen Frau, die klinisch und noch bei der Sektion den Eindruck des Korpuskarzinoms erweckte. Fast kindskopfgrosser Tumor mit dünner poröser Wandung von jauchigen Massen erfüllt. Der Zervikalkanal nicht völlig verschlossen, aber durch 2 gestielte Schleimhautpolypen, die vor dem Orificium internum, verlegt: erweichtes verjauchtes Myom. Harnstauung, Milztumor. Herzverfettung. Im Uterus noch mehrere kleine, zum Teil verknöcherte Myome.

4. **Primäres Karzinom der Leber,** wahrscheinlich von den Gallengängen ausgehend. Nirgends Metastasen. Pankreatitis interstitialis. Alte fibröse und frische verruköse Endokarditis an Mitral- und Aortenklappen. Die Karzinomherde sind über die ganze Leber verbreitet und zeigen ein medulläres Aussehen bei weniger herd- als strangförmiger Lokalisation (69 jährige Frau). Mikroskopisch: atypische Zellen.

5. 30 jähriger Mann, der an ausgedehnter **Fettgewebsnekrose** zugrunde ging. Pankreaskopfapoplexie, wahrscheinlich infolge von Verstopfung des Ductus Wirsungianus durch einen kleinen Stein; seine Einmündungsstelle fällt in die Mündung des Ductus choledochus ins Duodenum. Ductus Wirsungianus, choledochus, hepaticus und cysticus stark erweitert. Kleine Steine in Gallenblase und Ductus choledochus. Ausgedehnte Blutung ins Abdomen infolge von Gefässarosion. Der Patient hatte vor 3 Jahren Gallensteinkolik. Erkrankte jetzt plötzlich an kolikartigen Erscheinungen und Peritonitis. Da Perforation der Gallenblase angenommen wurde, Laparotomie. 24 Stunden später Exitus. Die Pankreasfettgewebsnekrose bei Gallensteinen ist nicht so selten, wenn, wie hier, der Pankreasgang in den Choledochus oder nahe dem Choledochus mündet, und die Gallensteine so klein sind, dass sie den Ductus Wirsungianus wohl verlegen, aber nicht verschliessen, so dass Galle an ihnen vorbei gelangen kann. Grosse Steine würden den Ductus verschliessen und ihn zu zystischer Erweiterung bringen. Die intra vitam ausgeführte bakteriologische Untersuchung ergab Paratyphusbazillen.

Diskussion: Herr Brodnitz.

Sodann spricht der vom Vorsitzenden als Gast begrüsste Herr Friedrich-Marburg über **neuere Bestrebungen zur chirurgischen Inangriffnahme von Lungenkrankheiten,** unter Zugrundelegung eigener Erfahrungen am Menschen, sowie experimenteller Studien am Tier.

Zunächst erörtert er die Berechtigung, technische Ausführbarkeit und den Erfolg der von C. W. A. Freund inaugurierten operativen Entspannung des starrwandigen Thorax bei echtem Lungenemphysem. Er umgrenzt nach Möglichkeit die operative Indikation überhaupt, zeigt an dem ersten, vor nunmehr ¾ Jahren von ihm operierten 59jähr. Emphysematiker den von ihm gewählten Gang der Operation, das gegenwärtige Ergebnis hinsichtlich Artikulation der 5 Rippen (I.—V.), von denen Knorpelstücke von 2—3 cm Länge exzidiert worden sind. Die Rippenenden sind wieder eng aneinander gerückt, doch bewegen sich dieselben deutlich gegeneinander sowohl bei Druck, als bei Inspiration. Der Effekt für die Atmung, für die subjektiven Beschwerden des Kranken ist ein vorzüglicher, in die Augen springender. Sowohl dieser (nur einseitig operierte) Fall, als ein weiterer, gleicher Art operierter legen gleichwohl F. nahe, die spätere anderseitige Operation (je nach dem Masse des Erfolges) zu befürworten, insbesondere aber primär in der Ausdehnung der Rippenabtragung nach Umfang des auszuschneidenden Stückes und Zahl der Rippen weiter als bisher zu gehen, um so mehr, als der Eingriff als solcher bei vorsichtigem technischen Vorgehen als ein ungefährlicher bezeichnet werden darf. Die Details diesbezüglicher Vorschläge wird Friedrich an anderer Stelle eingehend erörtern.

Der zweite Teil seiner Ausführungen umfasst die Begründung und Darlegung seiner kostoplastischen Methode zur Entspannung des kavernösen starrwandigen Lungengewebes, zur Lösung der phthisischen Lunge einer Seite aus der Spannung des knöchernen Thorax.

Gestützt auf die Beobachtungen und Erfolge, welche Brauer durch Erzeugung eines künstlichen Pneumothorax bei Lungenphthise, nach dem Vorgange Murphys und Forlaninis erzielt hat, hat Friedrich für die Fälle, wo aus äusseren oder aus Gründen von Pleuraadhäsionen dieses Verfahren nicht anwendbar war, eine operative Methode der Lungenlösung von der Brustwandspannung ausgearbeitet, welche weit über die seinerzeitigen dahingehenden Vorschläge Quinckes, Sprenglers, Turbans hin-

ausgeht und den erstrebten Effekt des Entspannens der Kavernenwände, des Zusammensinkens dieser eiternden starrwandigen Lungenhöhlen, der Gesamteinengung des Lungenvolumens und damit ihrer weitgehenden Ausserdienststellung in vollkommensten Masse erreichen lässt. Der überraschend günstige Erfolg im erstmalig nach seinem Prinzip operierten Falle hat die Prüfung an 4 weiteren Fällen mit ebenso günstigem bisherigem Enddefekt bestanden. Die Art des Vorgehens besteht kurz darin, dass die knöcherne Brustwand der erkrankten Seite nicht nur durch Teilresektionen weniger Rippen mobilisiert wird, sondern dass die 2. bis einschliesslich 9., bezw. 10. Rippe in toto von ihrem sternalen Knorpelteil (mit Ausschluss dieses) bis zum Angulus costae, noch richtiger bis zu dem Wirbelende der Rippe abgetragen werden, unter peinlichster Schonung der oft äusserst zarten Pleura costalis in allen ihren Abschnitten. Friedrich legt dabei das Hauptgewicht auf die Verhütung jeglicher Aspiration aus der kranken Lunge in die gesunde während und nach der Operation, auf die Behandlung des grossen mechanischen Insulten ausgesetzten kleinen und schwachen Herzens der Tuberkulösen, auf per primam-Heilung der ganzen Wunde. Vorsichtige Anästhesierung, richtige Lagerung, raschestes Operieren, exzitierende Vor- und Nachbehandlung des Herzens und peinlichste Asepsis sind die Grundbedingungen des Erfolges. Mit Thorakoplastik im bisherigen Sinne, bei Resthöhlen nach Pleuraempyem hat die Operation nur die Abtragung der Rippen gemein. Sowohl Endziel als technisches Vorgehen sind für die Lungeneinengung, die die Pleuraerhaltung anstrebende kostoplastische „Pneumolysis" wesentlich andere; dort starre Pleuraschwarten bei bestehendem offenen Pneumothorax, hier peinlichste Schonung und Erhaltung der zarten Pleura und Verhütung jeglichen Pneumothorax, dort Endziel womögliche Lungenwiederentfaltung, hier Endziel, die Lunge unter Atmosphärendruck zu stellen, welcher auf die Pleura costalis dauernd in der Folge einwirken soll. Um Missverständnissen zu begegnen, empfiehlt daher Friedrich die von ihm gewählte Bezeichnung der Operation.

Der unmittelbare Erfolg des Eingriffes hat sich in folgendem zu erkennen gegeben: Rückgang der bis dahin erhöhten Körpertemperatur, enormer Rückgang der Auswurfsmengen, Nachlass des Hustens, ruhigerer Nachtschlaf, Zunahme des Körpergewichts, wesentliche Besserung des subjektiven Befindens. Es wurden nur Fälle dieser Therapie unterzogen, wo bei jahrelanger Behandlung seitens erfahrenster Phthiseo-

therapeuten und trotz Aufgebot aller allgemein diätetischen und klinischen sowie medikamentösen Massnahmen ein dauerndes langsames Fortschreiten des Krankheitsprozesses festzustellen war. Die unmittelbaren Gefahren des Eingriffes wurden von F. eingehend geschildert, ebenso die Details des rasch sich kennzeichnenden Erfolgs. Sowohl zahlreiche frühere Erfahrungen mit Thorakoplastik bei starrwandigen Empyemresthöhlen, als die Beeinflussung eines früheren Falles von einseitiger Phthise durch partielle Rippenabtragung, als endlich seine experimentellen Studien über den Volumausgleich im Thorax nach einseitiger Lungenamputation hatten F. den geschilderten Gang der Operation einschlagen lassen. Am Schluss demonstriert Friedrich eine Reihe von Thoraxpräparaten von Hunden, bei denen er vor Jahresfrist die totale einseitige Lungenamputation ausgeführt hat, diese Tiere danach ein Jahr lang am Leben gelassen und jetzt zum Zweck des Studiums der Thoraxinnenverhältnisse getötet hat. F. zeigt im Epidiaskop am Thoraxinneren solcher Versuchstiere, deren Organe sich durch Formolinjektion von der Aorta aus in bester Weise in ihrer Lage hatten fixieren lassen, dass in die Stelle des Defekts, wo die ganze Lunge einer Seite entfernt worden ist, zunächst das Herz einrückt. Es nimmt das Mediastinum mit sich nach der Seite der Amputation und die anderseitige Lunge, mässig kompensatorisch erweitert, füllt den übrigen Teil des Thoraxraumes aus. Das Zwerchfell rückt auf der Amputationsseite bedeutend in die Höhe. Der Volumausgleich wird ein so vollständiger, dass nirgends im Brustraum eine Spur Hohlraum übrig bleibt. In spiegelnder Glätte sind Pleura costalis, Perikard, die Blätter des Mediastinums und Pleura diaphragmatica erhalten. Seine Demonstrationen erstrecken sich sowohl auf Kadaver, wo jetzt beiderseits die Brustwand zurückgeschlagen und der Lungen-Herz-Zwerchfellsitus voll erhalten ist, als auf Thoraxquerschnitte, welche in gleicher Weise anschaulich den Volumsausgleich, die topographischen Verschiebungen dartun.

Diskussion: Herr Hirschberg, der der Operation des schwer erkrankten Phthisikers, dessen Kurve Herr Friedrich demonstriert hat, dank der freundlichen Einladung des Herrn Friedrich in Marburg beigewohnt hat, betont, dass die Operation ein kühner und schwieriger Eingriff sei und dass ihr Gelingen vollkommen von der Beherrschung der Technik abhinge. Hier käme der alte Satz „sicher, schnell und angenehm“ zur Geltung und diese Forderungen könnten nicht in vollendeterer Weise erfüllt werden, als er das von Herrn Friedrich sah, den er jetzt freudig zu dem glänzenden Erfolge der Operation beglückwünscht.

Ordentliche Sitzung am 15. Juni 1908 abends 7 Uhr im Hörsaal der Dr. Senckenbergischen Bibliothek.

Vorsitzender: Herr Edinger.
Schriftführer: Herr Cahen-Brach.

Protokollverlesung.

Der Vorsitzende teilt mit, dass die Bibliothekskommission Herrn Bibliothekar Dr. Wahl kooptiert habe.

Eingänge:

Einladung zum XVI. internationalen med. Kongress in Ofen-Pest.

Einladung zur Feier des hundertjährigen Bestehens der Physikalisch-medizinischen Sozietät in Erlangen.

Schreiben des Herrn Dr. med. Eduard Schütt, z. Z. in Griesheim, der bereit ist, Kollegen in Frankfurt und Vororten zu vertreten.

Herr **Jul. Veis:** Vorstellung eines Patienten, der im Anschluss an schwere Erkrankung hochgradige Abmagerung im Gesicht (Schwund des Fettpolsters) behalten hat und dadurch in seinem Beruf als Kellner empfindlich geschädigt ist. Durch Injektionen von Paraffin — Schmelzpunkt 45° — in kaltem Zustand mittels der Steinschen Spritze wurden, wie Sie sehen, normale Gesichtszüge erzielt.

Diskussion: Herr Hirschberg: Wie ich höre, ist die Paraffininjektion erst vor wenigen Tagen ausgeführt worden. Der kosmetische Erfolg solcher Injektionen nimmt sich nach längerer Zeit aber ganz anders aus als im Anfang. Ich würde deshalb den Herrn Vortragenden bitten, den Patienten später einmal wieder vorzustellen.

Herr **Jacobsthal: Demonstrationen aus dem Pathologischen Institut.**

Der Vorsitzende kommt dann auf die Interpellation Eiermann zurück (siehe vorige Sitzung). Er wiederholt, dass der Vorstand im Verein mit dem Fünferausschuss und dem Ausschuss für Standesfragen eine Besprechung der Angelegenheit im Verein für inopportun gehalten habe. Er frage hiermit den Verein, ob in solchen Fällen, wenn ein Interpellationsantrag ohne die nötige Anzahl von 15 Unterschriften eingelaufen sei, der Vorsitzende nach Anhören des Vorstandes und der beiden erwähnten Ausschüsse nicht das Recht beanspruchen dürfe, die Besrpechung der Interpellation abzulehnen, zumal da der Verein in jene Gremien nur Männer seines Vertrauens entsende.

Herr Eiermann stimmt dem Vorschlag des Vorsitzenden zu, erklärt jedoch, man müsse eine derartige Vollmacht, da sie leicht zu Dissonanzen führen könne, auch statutarisch festlegen.

Nach weiteren Bemerkungen der Herren Hirschberg, Eiermann, Siegel rät Herr Emanuel Cohn, statt eine Statutenänderung vorzunehmen lieber in solchen Fällen die Anfrage an das Plenum zu richten, ob eine Besprechung erwünscht sei.

Dem stimmt die Versammlung widerspruchslos zu.

Herr Ebenau berichtet über die Aufgaben des diesjährigen Aerztetages.

Der Ausschuss für Standesfragen hat bestimmungsgemäss über die Tagesordnung des Aerztetages und über die Wahl eines Delegierten verhandelt. Ref. verliest die Tagesordnung des Aerztetages. Zu dem Vertrag mit den Lebensversicherungsgesellschaften beantragt der Ausschuss, die Skala für vertrauensärztliche Atteste abzulehnen und einen hohen Einheitssatz zu erstreben. Logischerweise müsste übrigens das Honorar von M. 7.50 nicht für die Versicherungssumme bis zu 5000 M., sondern für die bis 4999 M. gelten. Im übrigen beantragt der Ausschuss, den vorliegenden Kommissionsbeschlüssen zu den Punkten der Tagesordnung zuzustimmen, resp. etwaige Abänderungen dem Ermessen der Delegierten zu überlassen.

Als Delegierten schlägt der Ausschuss Herrn E. Cohn, als seinen Stellvertreter Herrn Eiermann vor.

Diskussion: Zu dem Kurpfuschereigesetzentwurf bittet Herr Eiermann, den Delegierten zu beauftragen, dass er auf dem Aerztetag auf eine Lücke des Entwurfes hinweise, die darin bestehe, dass die ausländischen Kurpfuscher im Entwurf mit keinem Wort berührt seien. Dies würde dahin führen, dass eine grosse Anzahl deutscher Kurpfuscher nach dem Reichsausland verziehen, sich in möglichster Nähe der Grenze niederlassen und von dort aus durch Annoncieren in den Tageszeitungen das Publikum anlocken werde, das sie dann ruhig brieflich behandeln werden. Der Schaden sei dann, wenn möglich, noch grösser als bisher.

Bezüglich des Vertrages mit den Versicherungsgesellschaften sei es ja ganz richtig, dass alle Kandidaten mit gleicher Sorgfalt untersucht werden müssten und auch untersucht würden; es sei aber doch zu bedenken, dass das auch in der Alltagspraxis genau ebenso der Fall sei, und doch müsste hier der Arzt in einem Falle mit einem kleinen Honorar vorlieb nehmen, während er in einem anderen, in dem seine Mühe auch nicht grösser war, das Vielfache davon liquidieren könne und auch bekomme. Und ferner sei zu bedenken, dass der Aerztetag den Vertrag nur annehmen oder ablehnen, aber nicht im einzelnen ändern könne, und es sei doch fraglich, ob man, nachdem der Vertrag tatsächlich eine wesentliche Besserung bedeute, es auf sich nehmen wolle, den ganzen Vertrag allein wegen des Prinzipes der Skala abzulehnen. Er bitte daher, den Delegierten, dessen grosse Stimmenzahl u. U. ausserordentlich schwer in die Wagschale fallen könnte, lediglich dahin zu instruieren, dass er sich bemühen möge, das Beste herauszuschlagen, was ja selbstverständlich sei.

Weiter bemerkt Redner, dass zu dem Antrag Leipzig-Land, dem man natürlich durchaus zustimmen müsse, noch ein Zusatz-

antrag der Aerzte von der Unterweser zu erwarten sei, den er, als zu weit gehend, abgelehnt wissen möchte.

Endlich danke er für die ihm zugedachte Ehre eines stellvertretenden Delegierten für den Fall der Verhinderung des Herrn E. Cohn, bitte aber von seiner Person abzusehen, da es aus beruflichen Gründen sehr fraglich sei, ob er den Aerztetag überhaupt besuchen könne; könne er aber nach Danzig gehen, dann bekomme er eine grössere Anzahl Stimmen des Leipziger Verbandes, die aber verloren gingen, wenn er das Mandat eines Vereines habe. Statt seiner schlage er Herrn Scheven vor.

Mit Einstimmigkeit werden Herr Em. Cohn als Vertreter, Herr Scheven als Stellvertreter gewählt.

Herr E. Cohn bittet um die Erlaubnis, den nächstjährigen Aerztetag nach Frankfurt einladen zu dürfen. Zugleich sei es erwünscht, dass dies im Namen der Stadtverwaltung geschehen könne. Wenn die Versammlung dem beistimme, müsse man die Anfrage an die Stadt richten, ob ihr die Einladung genehm sei. Die Versammlung beschliesst dies einstimmig.

Nach einer kurzen Erörterung der Honorarfrage bei Untersuchungen für Lebensversicherungsgesellschaften seitens der Herren Cohn, Hirschberg, Ebenau stimmt die Versammlung dem Vorschlag des Vorsitzenden zu, den Delegierten darin freie Hand zu lassen.

Weiterhin gelangt ein mit 15 Unterschriften bedeckter Antrag v. Wild zur Verlesung: Der Aerztliche Verein möge Stellung nehmen zu den Verhandlungen der Stadtverordnetensitzung vom 4. Juni.

Herr v. Wild: Nach dem Bericht der Frankfurter Zeitung (5. VI. 08, drittes Morgenblatt) über die Interpellation Dr. Bruck, betreffend die Besetzung der Chefarztstelle der gynäkologischen Abteilung im Krankenhaus führte Herr Oberbürgermeister Adickes u. a. aus: Ueber die Bewerber wurden bei den sachverständigsten Leuten die eingehendsten Erkundigungen eingezogen. Die Frankfurter Bevölkerung hat das Interesse, eine möglichst hochstehende, wissenschaftlich und praktisch hervorragende Kraft hierher zu bekommen, die Aerzteschaft aber braucht einen konsultierenden Kollegen von Rang. Nach beiden Richtungen entspricht der hierher berufene Professor allen Anforderungen.

Der Antrag ist aus Gründen der Kollegialität, die wir unseren gynäkologischen Kollegen schulden, gestellt. Er bezweckt, dass der ärztliche Verein die oben zitierten Aeusserungen als irrtümlich bezeichnet und erklärt, dass die Gynäkologie durch hiesige Aerzte in wissenschaftlicher und praktischer Beziehung in hervorragender Weise vertreten sei, dass der Verein ferner diese seine Ansicht den in Betracht kommenden Körperschaften mitteilt.

Es wird beschlossen, den Antrag auf die Tagesordnung einer ausserordentlichen Sitzung zu setzen.

Herr **Voss: Die Untersuchung des inneren Ohres auf Grund neuerer Fortschritte.**

Die Untersuchung des inneren Ohres basiert auf der Zweiteilung des Nervus VIII in einen Ast für die akustische und einen solchen für die statische Funktion. Die Untersuchung des ersteren erfolgt mit Rücksicht auf den Hörumfang und die Hörschärfe für jeden einzelnen

Ton im Bereiche des Hörumfanges. Zur Feststellung des ersteren dient die Bezoldsche kontinuierliche Tonreihe, während die Hörschärfe in einer praktisch brauchbaren Weise nur mit Hilfe der Flüster- bezw. Konversationssprache zu prüfen ist. Die Konstatierung des Sitzes der Schwerhörigkeit im Einzelfalle erfolgt durch die Vornahme einer Reihe von Stimmgabeluntersuchungen. Ein- bezw. doppelseitige Taubheit bedürfen gesonderter Feststellung. Die Untersuchung des Vestibularapparates geschieht durch dessen experimentelle Reizung mit Hilfe von Drehbewegungen, Ausspritzungen mit kaltem und heissem Wasser, Galvanisation, Luftverdünnung und -verdichtung im äusseren Gehörgang. Die gleichfalls vestibulär ausgelöste Gegenwirkung der Augen bei Neigung des Kopfes gegen die Schulter ist mittels eines von Bárány angegebenen Apparates exakt messbar. Demonstration.

Die Diskussion wird vertagt.

Ausserordentliche Sitzung am 22. Juni 1908 abends 7 Uhr im Hörsaal des Dr. Senckenbergischen Bibliothekgebäudes.

Vorsitzender: Herr Edinger.
Schriftführer: Herr Cahen-Brach.

Protokollverlesung.

Die Diskussion über den Vortrag des Herrn Voss wird vertagt wegen Abreise desselben.

Dem am 18. Juni verstorbenen Vereinsmitgliede Herrn Professor Dr. Eugen Albrecht widmet der Vorsitzende nach Verlesung eines die Trauerkunde bringenden Briefes des Bruders, Herrn Dr. S. Albrecht-München, einen längeren, seine Bedeutung als Forscher und Mensch würdigenden Nachruf. Ihm zu Ehren erhebt sich die Versammlung.

In warmen Worten gedenkt Herr Jacobsthal seines Lehrers, des Organisators des neuen Dr. Senckenbergischen Institutes.

Die Krankheitsgeschichte teilt Herr Lachmann, den Sektionsbericht Herr Brenner mit. Herr Laquer schildert die Beisetzung auf dem Schwabinger Friedhof zu München, bei der er im Auftrag des Vereins einen Kranz niedergelegt habe.

Eingänge: Schreiben des Polizeipräsidenten betreffs Bekanntmachung über die Auslegung der Listen der Aerzte zu den Neuwahlen der Mitglieder der Aerztekammer.

Der Bibliothekar Herr Dr. Wahl berichtet hierauf über einige Bibliotheksfragen. Nach seinem Dank für die Wahl in die Bibliothekskommission des Aerztlichen Vereins erwähnt er, dass der Tauschverkehr mit den verschiedenen Akademien, Korporationen, Redaktionen etc. dringend einer Reform und der Erweiterung bedürfe. Auch wäre es zweckmässig, die Besorgung der aus dem Tauschverkehr kommenden Eingänge und die Versendung des Jahresberichts in einer Hand zu vereinigen, wozu die Bibliothek gegen angemessene Vergütung sich bereit erkläre. Bedauerlich sei ferner die Verspätung der aus dem Spiessschen Lesezirkel eingehenden 23, ferner der von Alt gelieferten 7 Zeitschriften.

Mit der Geldfrage müsse der Verein sich beschäftigen, da von seiten der Stadt vorläufig nicht auf eine Unterstützung zu rechnen sei.

Herr Laquer betont die Notwendigkeit einer Hilfskraft für die Bibliothek wie für den Schriftführer. Von einer Erhöhung des Jahresbeitrages der Mitglieder auf 30 M. werde man schwerlich Abstand nehmen können.

Nach einer Bemerkung des Herrn Vohsen, dass einige Herren mit Rücksicht auf die Unterstützungsbedürftigkeit der Bibliothek bereits 100 M. zusammengebracht hätten, wird auf Vorschlag des Vorsitzenden beschlossen, die Bibliothekskommission zu beauftragen, mit Anträgen an den Verein heranzutreten.

Sodann begründet Herr v. Wild nochmals seinen in der vorigen Sitzung eingebrachten, etwas abgeänderten Antrag. Er hat inzwischen das Stenogramm der St.-V.-Sitzung vom 4. VI. mit dem Bericht der Frankfurter Zeitung verglichen; er verliest das Stenogramm *), es weicht wesentlich von dem Bericht ab, trotzdem bleibt der Eindruck, als ob die Anstaltsdeputation trotz des besten Willens, einen hiesigen Arzt anzustellen, dies aus Mangel an geeigneten Aerzten nicht gekonnt habe. v. W. weist darauf hin, dass innerhalb kurzer Zeit zum 3. Male ein auswärtiger Arzt an das Krankenhaus berufen sei, obwohl durchaus geeignete hiesige Bewerber vorhanden gewesen seien; es sei dies um so auffallender, als die Stadt mit den hier als Chefarzt angestellten hiesigen Praktikern die besten Erfahrungen gemacht habe. Es sei System geworden, auswärtige Akademiker hier ansässigen Praktikern vorzuziehen. Auch hiergegen müsse der Verein Protest erheben. Vor allem aber müsse der Verein die Interessen der gynäkologischen Kollegen wahrnehmen. Er führt die rege Tätigkeit der hiesigen Gynäkologen näher aus.

Gegen eine Stimme (Blumenthal) beschliesst die Versammlung, in eine Besprechung des Gegenstandes einzutreten.

---

*) Oberbürgermeister Dr. Adickes: Es kann natürlich nicht meine Aufgabe sein, die Herren der Anstaltsdeputation, welche der Versammlung angehören, in Schutz zu nehmen gegen die Vorwürfe, die gegen sie erhoben sind. Das, was ich hervorheben will, ist, dass die Gesichtspunkte, die für die Herren massgebend waren, ganz einfache sind, nämlich, für diese hervorragend wichtige Stelle eine Persönlichkeit zu gewinnen, welche sowohl als praktischer Mediziner, als auch als Wissenschaftler eine hervorragende Person I. Ranges ist. Es lagen eine Reihe von Bewerbungen vor und die 2 Herren, die der Stadtverordnetenversammlung angehörten, haben es selbst übernommen, die Erkundigungen einzuziehen, die bei Sachverständigen allerersten Ranges eingezogen worden sind. So ist in der Sache verfahren worden, irgendwelche Hintergedanken sind dabei nicht im Spiele. Welches Interesse hat die Bevölkerung Frankfurts in dieser Sache? Sie hat doch nur das Interesse, dass ein wissenschaftlich sowohl wie praktisch möglichst erprobter Fachmann berufen wird. Und welches Interesse haben die Aerzte? Einen Konsultanten zu erhalten, an welchen sie sich mit vollem Vertrauen wenden können. In der Anstaltsdeputation ist festgestellt worden, dass dieser Herr, der hier gewählt worden ist, den Anforderungen in hohem Grade gerecht werden kann. Ich glaube, das genügt vollkommen, die Wahl zu rechtfertigen.

Diskussion: Auf die Frage des Herrn Lehmann, ob es noch Wert habe, in der Angelegenheit Stellung zu nehmen, gibt Herr Eiermann zu, dass es leider zu spät sei, um diesmal noch etwas zu erreichen. Jedoch empfehle er die einstimmige Annahme des Antrages, gegen den sachlich gewiss nichts einzuwenden sei.

Herr Laquer hält die Uebersendung der Resolution an den Magistrat für einen Schlag ins Wasser und zieht eine Veröffentlichung durch die Presse vor.

Für Herrn Hanau hatten die Aeusserungen des Herrn Oberbürgermeisters nichts Befremdendes. In einer Reihe von Vorgängen, die seit Jahren spielten, müsse er ein gegen die hiesige Aerzteschaft gerichtetes System erblicken. Er tritt dafür ein, dass eine Kommission alles Material zusammentrage, um es in die Oeffentlichkeit zu bringen.

Nach Bemerkungen der Herren O. Wolf, Hirschberg, Benario tritt Herr v. Wild nochmals für die Annahme seines Antrages ein. Es sei nötig, nachdem die Sache von Herrn Dr. Bruck in der Stadtverordnetenversammlung aufgegriffen worden sei, dass diese Körperschaft den Standpunkt der Aerzteschaft kenne. Dies könne für spätere Fälle vielleicht von Nutzen sein. In den Zeitungen möge man nur erwähnen, dass man eine Mitteilung an die Stadtverordnetenversammlung habe gehen lassen.

Nach weiteren Bemerkungen und Abänderungsvorschlägen der Herren Hohenemser, Benario wird der Antrag v. Wild bei einer Stimmenenthaltung (Edinger) einstimmig angenommen. Er lautet nunmehr:

> Der Aerztliche Verein hat in seiner sehr zahlreich besuchten Sitzung vom 22. Juni 1908 über die Verhandlungen der Stadtverordnetenversammlung vom 4. Juni 1908, betreffend die Besetzung der Chefarztstelle der gynäkologischen Abteilung am städtischen Krankenhaus beraten. Er hat sich dahin ausgesprochen, dass die Gynäkologie durch hiesige Aerzte in wissenschaftlicher und praktischer Beziehung in hervorragender Weise vertreten ist, dass auch unter Berücksichtigung der Altersgrenze geeignete hiesige Aerzte für die Chefarztstelle vorhanden waren und dass ein Bedürfnis nach Berufung eines auswärtigen Konsiliarius für Gynäkologie in keiner Weise vorlag.

Eine Mitteilung hierüber soll dem Magistrat, der Stadtverordnetenversammlung und dem Organisationsausschuss zugehen.

In gleicher Weise werden nach kurzen Bemerkungen des Herrn Vohsen, des Vorsitzenden, der Herren Eiermann, Bücheler die Anträge Laquer und Hanau mit Majorität angenommen.

Ordentliche Sitzung vom 6. Juli 1908 abends 7 Uhr im Hörsaal des Dr. Senckenbergischen Bibliothekgebäudes.

Vorsitzender: Herr Edinger.
Schriftführer: Herr Cahen-Brach.

Protokollverlesung.

Verlesung des Dankschreibens der Familie des verstorbenen Herrn Professor Albrecht.

Einladung der Dr. Senckenbergischen Stiftungsadministration zur Besichtigung des neuen pathologischen Institutes, woran Herr Edinger die Einladung zur Besichtigung des neurologischen Institutes anschliesst.

Der Vorsitzende teilt mit, dass die morgen beginnenden Ferien des Vereins bis zum 17. August (ausschliesslich) dauern.

Herr Vohsen legt die Abrechnung des Leipziger wirtschaftlichen Verbandes zur Einsichtnahme auf.

Herr Dr. **Goldschmid** Demonstrationen aus dem pathologischen Institut.

1. **Cystitis diphtherica** und **Schwielenherz** von 75 jährigem Mann, operiert wegen Prostatahypertrophie. Diffuse Peritonitis. Vereiterung der Wundnaht, Nekrose der Bauchmuskulatur. Ureteritis und Pyelitis catarrhalis. Nephritis apostematosa. Schwere stenosierende Koronarsklerose. Multiple Herzschwielen mit beginnender Aneurysmabildung im linken Ventrikel.

2. 37 jähriger Mann mit ausgedehnter generalisierter **Tuberkulose**, ausgehend von alter Lungentuberkulose. Schubweise Aussaat in die inneren Organe. Hochgradige Prostatatuberkulose bei Freibleiben von Samenblasen, Hoden und Nebenhoden. Ausgedehnte Karies der Hals- und Brustwirbelsäule. Prävertebrale Abszesse. Vorgeschrittene Tuberkulose der Hilus-, Bronchial-, Epibronchial- und Paratrachealdrüsen und der oberflächlichen Halsdrüsen. Durchbruch einer verkästen Drüse in die rechte Vena thyreoidea superior und einer rechtsseitigen epibronchialen Drüse in den Oesophagus (über haselnussgrosse Erweichungshöhle).

3. Zirka 40 jähriger Bäcker, der 3 Wochen vor seinem Tode an Sepsis wegen Angina behandelt wurde. Unbestimmte Schmerzen im Abdomen. Andauerndes hohes Fieber mit kleinen Remisionen bis 3 Tage vor dem Tode. Plötzlicher Abfall. Reichliche Expektoration

von eitrigen Massen. Schmerzen in der Lebergegend und Wiederansteigen des Fiebers. Kindskopfgrosser, von 3—4 mm starker Bindegewebsschicht abgekapselter, **Abszess** im rechten Leberlappen mit Durchbruch in den Unterlappen der rechten Lunge. Ulzeröse und verruköse Endokarditis der Aortenklappen, verruköse Endokarditis der Mitralklappen. Hyperplastische, von derben Bindegewebszügen durchzogene, zerklüftete, oberflächlich nekrotische Tonsillen mit Kalkherden in der Tiefe. Entzündliche Hyperplasie der submaxillaren und trachealen Lymphdrüsen; Thrombophlebitis nicht nachgewiesen. Septischer Milztumor; geringgradige Cholelithiasis ohne nachweisbare Cholezystitis. Gallengänge und Darm frei. Atrophische Zystenniere rechts, Hypertrophie der linken Niere. Kulturell und in den Ausstrichen überall Streptokokken und Diplokokken.

4. Exstirpierte rechtsseitige **Tubargravidität.** Tuben mit stark verdünnter Wand von Blutmassen erfüllt, in ihnen ein Föt von 21 cm Länge.

5. Unvollständige **Plazenta.**

6. Mikroskopisch wurden demonstriert:

a) **Wandung des Leberabszesses aus Fall 3.**

b) **Myocarditis interstitialis chronica fibrosa von Fall 1.**

Diskussion: Herr Bücheler: An der letztgezeigten Plazenta können die Herren, die sich dafür interessieren, jetzt bei Tagesbeleuchtung noch besser als im Epidiaskop die Stelle erkennen, an der der nebenliegende Kotyledon fehlt. Ich wurde heute früh von der Hebamme zu der 32 jähr. Wöchnerin gerufen, da nach leichter Geburt kräftige Nachblutung und Schwäche der Frau auftrat. Obgleich die Hebamme die Nachgeburt für vollständig hielt, — sie war sehr leicht spontan geboren und die Eihäute waren in der Tat vollständig —, vermutete ich auf Grund der gezeigten Stelle das Fehlen eines Lappens. Und als trotz energischen Ausdrückens der Uterus auch nach beendeter Händedesinfektion noch schlaff wurde, war ich meiner Sache sicher. Ich ging ein und entfernte leicht diesen überwalnussgrossen Lappen, an dem ein faustgrosses Blutgerinnsel fest anhaftete. Nach Lysolausspülung stand die Blutung, der Uterus wurde hart, die Frau erholte sich. Es ist wichtig solche fehlende Plazentarreste nicht zu übersehen. Ihr Zurücklassen, wenn der Defekt in der Plazenta ersichtlich, führt fast stets zu schwerster Infektion, muss also als Kunstfehler verurteilt werden. Ich führe das an wegen seiner praktischen Wichtigkeit, da kürzlich noch ein vielbeschäftigter Geburtshelfer, obwohl die Hebamme ihn des offenbaren Defektes wegen hatte rufen lassen, nicht einging, die Frau später nur knapp dem Tod an Sepsis entging. In ganz ungewissen Fällen richte man sich nach den Begleitsymptomen — Blutung, Geruch, Fieber, gehe nicht ohne Not ein, jedenfalls nicht allein um Eihautreste zu lösen.

Herr **R. Kaufmann:** Demonstration eines **Urethroteleskopes.**

Trotz aller Verbesserungen seit Erfindung des Urethroskops durch Désormeaux im Jahre 1853 hat die Untersuchung der Harnröhre mittelst Spiegels nicht die allgemeine Verbreitung gefunden, wie die Untersuchung der übrigen Organe des menschlichen Körpers mittelst optischer Apparate. Nach meiner Ansicht liegt die Schuld an dieser Vernachlässigung zum Teil daran, dass die Bilder, die man mit den gebräuchlichen Urethroskopen erhält, zu klein und undeutlich

sind. In den bekanntesten Handbüchern der Endoskopie, den Werken von Wossidlo und auch in dem ausführlichsten von Oberländer-Kollmann sind daher die Abbildungen und Photogramme vom Harnröhreninnern um das Doppelte oder gar Vierfache vergrössert wiedergegeben. Diesen Missstand suchte man in der Praxis teils dadurch zu beseitigen, dass man statt der gebräuchlichen etwa 15 cm langen Tuben kürzere, etwa 10 cm lange, anwandte, oder man kombinierte den Apparat mit optischen Vorrichtungen, entweder indem man am Handgriffe eine Lupe anbrachte oder, wie dies neuerdings von Hans Goldschmidt geschah, indem er das von Nitze zuerst bei dem Kystoskop und Gastroskop angewandte optische Prinzip auf die Harnröhrenspiegel übertrug. Die von dem englischen Chirurgen Fenwick zuerst vor etwa 12 Jahren angegebene Verbindung des Urethroskops mit einer Lupe, die am Handgriff angebracht wurde, erfreut sich grösserer Beliebtheit, seitdem vor etwa 3—4 Jahren der französische Urologe Luys das Instrument verbessert und nachdrücklich auf die Vorzüge desselben hingewiesen hat. Nun mögen die Bilder, die man mit dem Luysschen Apparat erhält, für ein emmetropes oder hypermetropes Auge bei passend gewählter Linse, tatsächlich hinreichend scharf und vergrössert sein, dagegen ist es, wie ich in gemeinsamer Untersuchung mit dem Ophthalmologen, Herrn Kollegen Dr. Emil Levy, zeigen konnte, unmöglich für einen myopischen Beobachter, auf eine Entfernung von 15—16 cm, entsprechend der Länge der Endoskoptuben ein deutliches und scharfes Bild zu erzielen. Ich habe daher gemeinsam mit Herrn Levy eine Lupe konstruiert, die nach Art einer aplanatischen Lupe aus 2 plankonvexen Linsen besteht, die in einem Gehäuse von etwa 3—4 mm Länge befestigt sind und die im Gegensatz zu der am Handgriffe unbeweglich angebrachten Fenwick-Luysschen Lupe im Endoskoptubus selbst verschieblich ist und jedem Auge eine scharfe Einstellung ermöglicht. Ich habe das Instrument auf dem 1. Kongresse der Deutschen Gesellschaft für Urologie demonstriert (vergl. Zeitschrift für Urologie, II. Bd., 1908). Wenn nun auch mit der Konstruktion dieses Instrumentes das Problem einer Vergrösserung in befriedigender Weise gelöst war, so wies es doch verschiedene Nachteile auf, die seiner allgemeinen Einführung in die Praxis im Wege standen. Diese bestehen darin, dass 1. für jede Tubusweite eine Lupe angefertigt werden muss, so dass man einen ganzen Satz von Linsen vorrätig halten müsste, dass 2. die Linse jedesmal aus dem Tubus herausgenommen werden muss, wenn man austupfen oder operieren will und 3. dass es technisch sehr schwierig war, den Führungsstab am Endoskoptubus zu fixieren.

Mit Hilfe des bekannten Instrumentenmachers C. G. Heynemann in Leipzig ist es uns neuerdings gelungen, einen optischen Apparat zu konstruieren, der sehr schöne vergrösserte und scharfe Bilder liefert und dem dabei die eben erwähnten Mängel nicht anhaften. Er besteht aus der Kombination einer bikonvexen mit einer bikonkaven Linse von etwa 18—19 Dioptrien, die in einem Metallgehäuse von etwa 2½ cm Länge gefasst sind. Durch die Konvexlinse wird ein umgekehrtes verkleinertes Bild entworfen, das durch die Konkavlinse umgekehrt und vergrössert wird, so dass der Beobachter hinter der Konkavlinse ein um das Doppelte bis 3 fach vergrössertes Bild von der Harnröhrenschleimhaut erhält. Die Linsen sind in dem

Metallgehäuse verschieblich angebracht, so dass die Entfernung der beiden von einander variiert und so für jedes Auge scharf eingestellt werden kann. Mittelst einer an der Peripherie angebrachten Schraube kann dann die einmal festgestellte Entfernung beider Linsen von einander fixiert werden (vergl. nebenstehende Abbildung). Es empfiehlt sich indes, bei der Untersuchung etwaige Myopie oder Presbyopie mittelst Brille zu korrigieren. Der Apparat ähnelt in seiner Konstruktion durchaus einem Operngucker. Daher haben wir ihm den Namen Urethroteleskop gegeben. Das Urethroteleskop ist am Handgriff des Valentineschen Urethroskops befestigt und lässt sich mit Leichtigkeit an jedes Nitze-Oberländersche Urethroskop anbringen. Es ist umklappbar, so dass man es je nach Bedarf benutzen kann; insbesondere wenn man eine bestimmte Stelle mit stärkerer Vergrösserung ansehen will. Ich selbst benutze es allerdings für jede endoskopische Untersuchung. Zur Untersuchung der hinteren Harnröhre lässt es sich leicht mit dem neuen Urethroskop für die hintere Harnröhre nach Sanitätsrat Dr. Wossidlo kombinieren. Allerdings bedarf es dazu geringer Abänderungen und auch die Linsen müssen entsprechend der etwas grösseren Länge des Tubus einen anderen Brennpunkt haben. Herr Heynemann in Leipzig hat ein derartig modifiziertes Instrument gebaut, das ich Ihnen gleichfalls demonstrieren kann. Wenn man die Harnröhrenschleimhaut mit einer 2 proz. Alypinlösung mit Zusatz weniger Tropfen einer Adrenalinlösung (1 : 1000) behandelt, wodurch das Entstehen einer Blutung vermieden wird, erhält man sehr schöne Bilder von der hinteren Harnröhre, insbesondere vom Colliculus seminalis, wie man sie ohne den optischen Apparat nicht mit annähernder Schärfe sieht.

Bemerken will ich noch, dass man mit möglichst heller Lampe und möglichst weissem Lichte untersuchen muss, da durch Reflexion und Absorption ein Teil der Lichtstrahlen verloren geht.

Bezüglich der Frage, ob das neue Instrument mit dem optischen Apparate dem einfachen Urethroskope überlegen ist, so glaube ich diese Frage auf Grund meiner bisherigen Erfahrung bejahen zu dürfen. Als Beweis dafür möchte ich einen Fall aus meiner Praxis anführen, in welchem über starke Schmerzhaftigkeit in der Harnröhre seitens des Patienten besonders bei Einführung eines Instrumentes und zwar an einer bestimmten Stelle geklagt wurde. Wiederholte Untersuchungen mit dem gewöhnlichen Valentineschen Endoskop ergaben nichts besonderes. Erst mit Hilfe des Urethroteleskops entdeckte ich an der bezeichneten Stelle eine Anzahl kleiner polypöser Wucherungen, die ich dann mit dem Galvanokauter ent-

fernte, worauf die Schmerzen aufhörten. Als weiteren Vorzug des Apparates möchte ich anführen, dass man bei Untersuchung der Harnröhre mit relativ engen Tuben, z. B. noch No. 19 Charrière, sehr schöne Bilder erhält, wie man sie ohne denselben nach der alten Methode nicht erzielen kann. Dadurch ist es möglich, sehr enge oder auch verengerte Harnröhren zu untersuchen. Ich glaube, dass mein Instrument sich vorteilhaft auch mit dem Otoskop und Rhinoskop verbinden lässt und ich möchte bei dieser Gelegenheit die Herren Laryngologen und Otologen zu Versuchen nach dieser Richtung anregen. Das Instrument wird von der Firma C. G. Heynemann in Leipzig hergestellt.

Herr **Klingelhöffer** demonstriert die **Kirchnersche Fussgeschwulst** an sich selbst und illustriert sie durch ein Röntgenbild.

Es handelt sich um einen 6 Wochen alten Bruch des II. Metatarsalknochens, unbemerkt entstanden in dünnem Stiefel auf nassem Waldweg, wahrscheinlich durch unvorhergesehenes Belasten des linken Fusses beim Treten in ein feuchtes Wagengeleise. Die Diagnose wurde erst sicher durch das Röntgenbild, das einen vollständigen Bruch, 1 cm hinter dem Köpfchen, mit geringer Verschiebung und ziemlich dickem Kallus zeigt. Die Gehstörung ist noch sehr beträchtlich, kaum 500 Schritte sind möglich, was für die Begutachtung derartiger Unfälle von Wichtigkeit ist.

Die Diskussion über den Antrag Hanau (siehe S. 94) wird nach kurzen Bemerkungen der Herren Hirschberg, Laquer, v. Wild, zumal da der Antragsteller selbst abwesend ist, vertagt.

Diskussion über den Vortrag des Herrn Voss (siehe Sitzung vom 15. Juni).

Herr O. Wolf: Der Herr Vortragende scheint mir der Hörprüfung mittelst der Sprache nicht genügenden Wert für die Diagnose der Labyrintherkrankung beizumessen. Ich glaube nicht, dass man ohne dieselbe auskommen kann, sie muss die Prüfung mit der kontinuierlichen Tonreihe Bezolds ergänzen. Mit Sprachlauten, wie ich sie vorgeschlagen und wie ich sie nach Tonhöhe, Tonstärke und Klangfarbe analysiert habe (vergl. Zeitschr. f. Ohrenheilkunde, Bd. XXX) finden wir leicht Tonlücken, welche mit der Stimmgabelprüfung nicht gefunden werden; ausserdem ist diese sehr zeitraubend und die Stimmgabeln, 16 an der Zahl, sind sehr teuer. Zur richtigen Diagnose der Labyrintherkrankung muss ausserdem die Körperkonstitution des Kranken berücksichtigt werden; auf Chlorose und Anämie, Metallvergiftungen und andere Krankheiten, sowie mangelhafte Entwicklung des Warzenfortsatzes habe ich seinerzeit hingewiesen.

Bei der Versammlung der Ohrenärzte und Taubstummenlehrer zu München 1899 bin ich mit Bezold übereingekommen, beide Methoden für die Hörprüfung anzuwenden.

Herr Vohsen: Zu einer fruchtbaren Diskussion ist das von Herrn Voss behandelte Gebiet ein zu weites. Von grösster praktischer Wichtigkeit ist der Nachweis eines Ueberganges der Mittelohrerkrankung auf das Labyrinth bei akuten und chronisch eitrigen Erkrankungen. Die Reizsymptome treten dabei so deutlich in Erscheinung, soweit sie den Vestibularteil des Nerven betreffen, dass die komplizierten Untersuchungsmethoden in diesem Falle von geringer Bedeutung sind, von so grosser theoretischer Wichtigkeit sie auch sind. Anders bei dem viel häufiger akut erkrankten Cochlearteil, der,

wie S i e b e n m a n n sagt, als der phylogenetisch jüngere auch der weniger widerstandsfähige ist. Da erscheinen die Hörprüfungen von ganz besonderer Bedeutung, die gewiss am bequemsten mit der Sprache vorgenommen werden, wenn diese auch bei weitem nicht genügt. Die Verdienste des Herrn W o l f sind in dieser Beziehung sehr grosse und die B e z o l d sche Schule hat sich bestrebt sie weiter zu verwerten. Diese Methoden zu kritisieren gebricht es an Zeit in der Diskussion und ich beschränke mich jetzt auf den einen Punkt, in dem uns Herr V o s s eine von ihm stammende neue Beobachtung von Tragweite mitgeteilt hat: Der sehr wichtige Ausschluss des einen Ohrs bei der Hörprüfung durch einen konstanten Luftstrom in den Gehörgang. Nach meinen Nachuntersuchungen, mit einer Luftpumpe angestellt, also den Forderungen V o s s' entsprechend, konnten noch bei Wirkung auf beide Ohren höhere Laute gehört werden, wenn nur die Intensität genügte und weiter zeigte es sich, dass bei Schwerhörigen die Perzeptionsfähigkeit auf dem nicht angeblasenen Ohr herabgesetzt wurde, ein Ergebniss, was dieses Verfahren ebenso unbrauchbar macht, wie das B a r a n y sche, bei dem auf dem Otologenkongress S i e b e n m a n n schon demonstrierte, dass der Ton einer Sirene nicht ausgelöscht werden konnte.

Herr S e l i g m a n n will sich seine Bemerkungen wegen der Kürze der ihm zu Gebote stehenden Zeit für einen Vortrag aufsparen.

Herr V o s s (Schlusswort): Gegenüber den Ausführungen des Herr W o l f möchte ich darauf hinweisen, dass mein Thema lautete: Untersuchung des inneren Ohres auf Grund n e u e r e r Fortschritte. Infolgedessen erübrigte sich ein ausführlicheres Eingehen auf die Untersuchungen des Herrn W o l f von selbst, zumal mir die Zeit für meinen Vertrag ohnehin knapp bemessen war. Im Uebrigen erkenne ich aber die Bedeutung der W o l f schen Feststellungen, namentlich für die Taubstummenuntersuchungen gerne an. Auf Herrn V o h s e n s Bemerkung, als ob ich zu viel Gewicht auf die Voruntersuchung des Vestibularapparates lege, erlaube ich mir, Ihnen kurz das Untersuchungsergebnis bei einer Frau mit einer akuten Otitis media aus den letzten Tagen mitzuteilen, bei der sich mancherlei Reizsymptome wie Nystagmus, Schwindel, Gleichgewichtsstörungen fanden, kalte Ausspülungen aber eine wesentliche Herabsetzung der Vestibularreaktion auf dieser Seite neben Störungen der Hörfunktion mit dem Sitz im inneren Ohr ergaben. In diesem wie in ähnlichen Fällen kann uns nur eine sorgfältige Untersuchung des vestibularen und kochlearen Abschnitts Aufklärung über Art und Ausdehnung des vorliegenden Prozesses im inneren Ohr geben. Wenn Herr V o h s e n ferner sagt, dass er mit Einblasungen von komprimierter Luft keine völlige Taubheit habe erzielen können, so muss ich demgegenüber auf meine gegenteiligen Erfahrungen verweisen, so dass dieses Vorkommnis vielleicht auf die Methode der Ausführung zurückzuführen ist. Seiner letzten Bemerkung gegenüber, dass das Anblasegeräusch die Empfindlichkeit des anderen Ohres sogar herabsetze, möchte ich im Gegenteil auf die Beobachtung B a r a n y s verweisen, wonach die Anwendung seines Lärmapparates in Fällen von Otosklerose die Hörfähigkeit des anderen Ohres sogar gebessert wird.

Herr **Eman. C o h n** berichtet hierauf über den **Aerztetag in Danzig.**

Ordentliche Sitzung vom 17. August 1908 abends 7 Uhr im Hörsaal des Dr. Senckenbergischen Bibliothekgebäudes.

Vorsitzender: Herr Laquer.
Schriftführer: Herr Cahen-Brach.

Protokollverlesung.
Eingegangen ist u. a. eine Einladung zum 16. Internationalen medizinischen Kongress 1908 in Ofen-Pest.

Der Vorsitzende kommt hierauf auf den Aerztestreik beim Turnfest zu sprechen. Er erwähnt, dass der Ausschuss für Standesfragen sich mit der Angelegenheit befasst habe und bringt einen Brief zur Verlesung, den der Vorsitzende des Ausschusses, Herr Ebenau, an den Vereinsvorsitzenden gerichtet hat. In diesem Schreiben ist Bezug genommen auf eine Mitteilung, die der Ausschuss für Standesfragen während der Ferien an die Frankfurter Zeitung gerichtet hat und die im Abendblatt vom 24. Juli zur Veröffentlichung gekommen ist. Die Notiz lautet:

Die Aerzte und das Turnfest. Vom Aerztlichen Verein wird uns geschrieben: Auf Anrufen des Vorstandes des Aerzteverbandes für das freiwillige Rettungswesen hat der Standesausschuss des Aerztlichen Vereins eine Untersuchung angestellt bezüglich der Vorgänge, die zur Niederlegung des ärztlichen Dienstes am Nachmittag des 11. Juli führten, und hat nach Anhören fast sämtlicher bei den fraglichen Vorgängen beteiligten Aerzte das Folgende festgestellt: Von der Vertretung der Festleitung war den am Rettungsdienst beteiligten Aerzten bei einer Besprechung am 25. Mai ein Abzeichen in Aussicht gestellt worden, das sie jederzeit zum Betreten des Festplatzes berechtigte. Zweck dieser Vereinbarung war nicht, den Aerzten neben ihrem Honorar eine weitere pekuniäre Vergünstigung zu verschaffen, sondern ihre jederzeitige Erkennbarkeit als Aerzte und Dienstbereitschaft auch ausserhalb der Wachstunden zu sichern. Mit der Auslieferung dieser Erkennungszeichen blieb die Festleitung im Rückstand. Trotzdem ist die Niederlegung des Dienstes durch einzelne Aerzte durchaus ungerechtfertigt und verdient Missbilligung. Bei der Prüfung der Frage, wer für diesen Hergang verantwortlich zu machen sei, ergab sich, dass weder der Vorstand des Verbandes für das Freiwillige Rettungswesen noch die einzelnen diensttuenden Aerzte die Schuld tragen, vielmehr führten

falsch aufgefasste telephonische Mitteilungen und das unbefugte Eingreifen eines hierzu nicht ermächtigten Arztes zu jenem bedauerlichen Vorgang. Der gänzlich ungerechtfertigte Druck auf die Assistenzärzte des städtischen Krankenhauses, der sie von event. Einspringen abhalten sollte, wurde von der gleichen, hierzu durchaus nicht berufenen Seite ohne Wissen und ohne Auftrag des Verbandsvorsitzenden ausgeübt. Der Ausschuss für Standesfragen hat den betreffenden Arzt wegen dieses die Interessen des Publikums und des ärztlichen Standes in hohem Masse schädigenden Vorgehens zur Verantwortung gezogen.

Wegen des eigenmächtigen Vorgehens, das mit Rücksicht auf die Ferien zur schleunigen Erledigung der Angelegenheit geboten war, bittet der Ausschuss für Standesfragen nachträglich um Indemnität, die einstimmig beschlossen wird.

Herr **Eugen Kaufmann: Neuere Behandlungsmethoden auf dem Gebiete der Gynäkologie.**

In den letzten Jahren ist auf dem Gebiete der Gynäkologie nach einer Aera weitgehender Operationslust eine Wendung insofern eingetreten, als die konservativen Heilverfahren wieder mehr Beachtung finden, unter denen eine Reihe neuerer Methoden zurzeit mit Interesse auf ihre Brauchbarkeit geprüft werden. Es sind dies Stauungsverfahren, Belastungslagerung, intravaginale Vibrationsmassage und Heissluftbehandlung.

Nach Demonstration und Besprechung der Anwendungsweise der entsprechenden Apparate werden für die einzelnen Verfahren etwa folgende Indikationen aufgestellt: Erosion und Zervikalkatarrh sind durch einfache Portiostauung zur Heilung zu bringen; desgleichen endometritische Prozesse, nach vorangegangener Dilatation der Zervix und Einführung eines siebartig durchlöcherten Uterusspekulums. Die Subinvolutio uteri wird durch die Suktion besonders bei gleichzeitiger Skarifikation sehr günstig beeinflusst, dagegen liess diese Methode bei Hyperinvolutio mit Amenorrhoe im Stich. Hier leistete die Organotherapie (Ovaradentabletten) bessere Dienste. Brauchbar ist die Stauung bei Beckenexsudaten, die fast ganz zum Schwinden gebracht werden konnten. Belastung und intravaginale Vibrationsmassage waren als Nachbehandlung sehr wirksam. Die beiden letztgenannten Methoden eignen sich in ihrer Kombination zur Behandlung retrouteriner Hämatozelen, und besonders als einleitende Massnahmen bei Lageveränderungen des Uterus, die bedingt sind durch Erkrankungen im Beckenbauchfell und in den Ligamenta sacro-uterina. Die schonende Aufrichtung des Uterus kann alsdann gefahrlos erfolgen. Bei chronisch gonorrhoischer Salpingooophoritis ist ausgiebige Heissluftbehandlung am Platze. Eine Domäne für Stauung bilden die Brüste sowohl bei Mastitis, wie zur Anregung und Steigerung ihrer physiologischen Tätigkeit.

Diskussion: Herr Kohnstamm berichtet von einem Fall von 6 Jahre bestehender, während der Laktation entstandener Amenorrhöe, der durch Saugbehandlung geheilt wurde. Während des ersten und nur einmaligen Saugens trat die Periode ein und wiederholte sich später. Dann erinnert er an die Behandlung verschiedenartiger dysmenorrhoischer Beschwerden durch Hypnose und Kussmaulsche Tamponade.

Herr Laquer: Die Stauungsmethode bei Frauenleiden mit örtlicher Glühlichtbestrahlung müsse wegen der Verbrennungsgefahr sehr vorsichtig angewandt werden. Die Vibration intra vaginam könnten nervöse und sensible Frauen oft recht schlecht vertragen. Auch ermüde sie den ausübenden Arzt oft nicht weniger wie die manuelle Massage.

Herr Eiermann möchte ebenfalls das Alte, soweit es gut ist, nicht zu gunsten von etwas Neuem verlassen, nur weil dieses eben neu ist, und ist der Meinung, dass kontinuierliche hohe Wärme mindestens ebensogut zu erreichen ist durch Auflegen heisser Leinsamen- oder Reisbreiaufschläge oder von Thermophoren, und dass der Effekt mindestens der gleiche ist wie bei dem elektrischen Heissluftapparat, bei dem ausserdem die Temperatur nicht so leicht zu kontrollieren sei, so dass Verbrennungen, wie bereits hervorgehoben, leicht eintreten könnten. Der Apparat für elektrische Vibrationsmassage habe den Vorteil, dass der Masseur nicht so ermüdet wie bei Handmassage, aber den Nachteil, dass eine Dosierung der Stärke nach kaum möglich sei, keinesfalls so wie bei dem tastenden und fühlenden Finger, und dass die Pat. leicht ermüde und die Massage oft direkt schmerzhaft empfinde. Was die Bemerkungen des Herrn Kohnstamm betrifft, so will Redner die von demselben vorgebrachten Tatsachen und Beobachtungen natürlich in keiner Weise in Zweifel ziehen. Es bestehe aber ein Unterschied zwischen einer menstruellen, d. h. physiologischen, Blutung und Metrorrhagien infolge Endometritis. Ob diese letzteren durch Suggestion beeinflusst werden können, möchte Redner bezweifeln, da er sich nicht vorstellen kann, dass die Gefässnerven, um deren Beeinflussung allein es sich hiebei handeln kann, gegen die objektiv nachweisbare pathologische Veränderung des Endometriums so wesentlich in die Wagschale fallen können.

Herr Sippel: Bei den anerkennenswerten Bestrebungen, neue Heilmethoden zu finden, müssen wir vermeiden, alte zuverlässige, einfache Methoden durch komplizierte, für Kranke und Arzt lästigere neue ersetzen zu wollen, wie dies ohne Zweifel die Suktionsbehandlung einer Erosion gegenüber der alten Behandlung ist. Ferner müssen wir uns davor hüten, bei dem berechtigten Streben, an Stelle der operativen Behandlung eine nichtoperative zu setzen, uns lediglich durch das Wort „Operation“ verleiten zu lassen, an sich einfache, und wenn richtig ausgeführt, unschuldige, die Kranken kaum belästigende, erfolgsichere Eingriffe durch weit kompliziertere, langwierige, unbequemere und womöglich im Erfolg obendrein unsichere andere Massnahmen ersetzen zu wollen, wie z. B. das Kürettement durch allmonatlich ausgeführte Tamponade. Ausserdem müssen wir den angeblichen Heilerfolgen mancher neuen Methode gegenüber skeptisch sein; es gibt und gab keine Methode, die nicht die grössten Erfolge behauptet und gehabt hätte, weil eben die Natur selbst bei

oder trotz der Methode Heilung bewirkt, aber nicht die Methode selbst. Deshalb wird auch bei den mitgeteilten neuen Heilverfahren der Zukunft erst eine richtige Einschätzung ihres Wertes überlassen bleiben müssen, die uns scheinbare und tatsächliche Wirkung unterscheiden lassen wird.

Ferner muss man die Möglichkeit einer hemmenden Einwirkung der Hypnose auf Menorrhagien theoretisch zugestehen, wenn man bedenkt, dass auch sonst psychische Einflüsse (Schreck) eine Oppressio mensium herbeiführen können.

Herr Kaufmann (Schluswort): Zweck meiner Ausführungen ist nicht, die alten erprobten Methoden diskreditieren zu wollen, sondern lediglich einen Ueberblick zu geben über die z. Z. an verschiedenen grossen Kliniken geübten neueren Verfahren, die gewiss auch für den hiesigen Verein einiges Interesse haben dürften. Strenge Indikation kann erst eine noch umfangreichere Erfahrung aufstellen. Wenn eine Erosion und ein Zervikalkatarrh, wie in der Diskussion hervorgehoben wurde, gerade so gut und noch rascher durch Chlorzinkätzung geheilt werden und bei Metrorrhagien die Kürettage ein einfacher und meist prompten Erfolg bringender Eingriff sein kann, so sah ich von Chlorzinkätzungen, die von sehr kundiger Hand ausgeführt wurden, doch auch Gewebszerstörungen die zur Sklerose führten, und eine Kürettage ist ebenfalls keineswegs immer ein gefahrloser und einfacher Eingriff, so etwa bei vorliegender Gonorrhöe. Im übrigen können nur weitere Erfahrungen nähere Aufschlüsse über strikte Indikationsstellung geben, und die bis heute erzielten bemerkenswerten Resultate ermutigen jedenfalls zu weiteren Versuchen.

Herr **Sippel: Ein neuer Vorschlag zur Ermöglichung exakter Prognosenstellung bei der Tuberkulose Schwangerer.**

Der Vortragende geht aus von den Verhandlungen, welche in der Mittelrheinischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie über Tuberkulose und Schwangerschaft stattfanden (Monatsschrift für Geb. u. Gyn. 1906). Er führt als tatsächliche Feststellungen aus diesen Verhandlungen an, dass zwar eine verschiedene Widerstandsfähigkeit der verschiedenen Formen der Tuberkulose gegenüber den Einwirkungen der Schwangerschaft bestände, dass einzelne Formen nur wenig, andere hochgradig dadurch gefährdet seien, dass man aber nie zu Beginn der Schwangerschaft mit Bestimmtheit sagen könne: „dieser Fall geht gut aus und dieser nicht". Er hebt die grosse Verantwortlichkeit hervor, welche aus dieser Unsicherheit für den Geburtshelfer entsteht, und die namentlich den Fällen gegenüber drückend schwer sei, welche günstig zu verlaufen vermöchten. Warte man, bis ein solcher Fall durch die Schwangerschaft verschlimmert sei, so komme man leicht mit der kurativen Wirkung des artifiziellen Abort zu spät. Unterbreche man dagegen die Schwangerschaft sofort, so opfere man häufig das Ovulum unnötiger Weise. Es sei demnach diesen Fällen gegenüber eine wissenschaftlich einwandsfrei

begründete Stellungnahme unmöglich. Wesentlich wäre es, wenn man solche Kriterien finden könne, welche die durch die Schwangerschaft drohende Verschlimmerung der Tuberkulose sicher erkennen liessen, ehe diese Verschlimmerung selbst zum Ausbruch gekommen sei. Eine solche Möglichkeit scheint ihm gegeben in der Verfolgung des quantitativen und qualitativen leukozytären Blutbildes und in der gleichzeitigen Verfolgung des opsonischen Index. (Der Vortrag erscheint ausführlich in der Gynäkologischen Rundschau.)

Diskussion: Herr Benario bezweifelt, ob die interessanten theoretischen Ausführungen des Herrn S. zu einem praktischen Resultat würden führen können. Sowohl die quantitave als auch die qualitative Wertbestimmung der Leukozyten, ferner auch die Opsoninbestimmung bieten keinen Hinweis auf die Schwere der Erkrankung und infolgedessen auf die Indikationsstellung für einen künstlichen Abort. Sowohl die Schwangerschaft als auch die Tuberkulose sind mit Leukozytose vergesellschaftet, doch sind die Werte so schwankend, dass irgend welche Schlüsse über die Schwere der Infektion nicht daraus gezogen werden können. Für die Differentialdiagnose ist unter Umständen eine Leukozytose oder Leukopenie zu verwenden, bei akuten Infektionen wohl manchmal für deren Prognose, aber für die Tuberkulose wohl nicht. Ebenso ist auch die qualitative Wertbestimmung nach Arneth gerade in der letzten Zeit durch eine Demonstration von Reichertz in der Berliner med. Gesellschaft etwas erschüttert worden. Im Dunkelfeld zeigte Reichertz Leukozyten, welche aus 2 Kernen sich in 3 verwandelten und dann wieder in die alte Form sich zurückverwandelten. Sollte sich diese Tatsache bestätigen, so würde den Arnethschen Anschauungen eine wesentliche Stütze entzogen werden. Was nun die Opsonine anlangt, so ist auch ihr Wert für die Prognose bestritten worden, durch Arbeiten aus dem Frankfurter Krankenhaus und der Münchener Klinik. Der opsonische Index schwankt schon bei normalem Organismus sehr, wie viel mehr bei einem schwangeren. Es sind also noch sehr viele Vorfragen zu erledigen, bis die Sippelschen Anregungen greifbare praktische Gestaltung annehmen dürften.

Herr Scholz bemerkt, dass die von Herrn S. zitierten Leitsätze nicht von Rosthorn stammten, sondern Diskussionsbemerkungen des Herrn Sippel seien. Rosthorn habe sich vielmehr, viel optimistischer geäussert und sehr nachdrücklich zu exspektativem Verfahren geraten. Im übrigen überständen Tuberkulöse Schwangerschaft und Wochenbett häufig sehr gut. Es läge also nur eine Möglichkeit der Verschlimmerung vor, die dem Arzte nicht das Recht gäbe zur Zerstörung des kindlichen Lebens.

Herr Kutz wendet sich gegen die Ausführungen des Herrn Scholz und ist der Ansicht, dass man in einer grossen Anzahl von Fällen wohl berechtigt sei, bei Lungentuberkulose die Schwangerschaft zu unterbrechen. Im Gegensatze zu Herrn Scholz hat er bei Unterlassung des künstlichen Abortes eine Reihe von schweren Verschlimmerungen, vor einigen Monaten sogar einen Exitus an florider Tuberkulose wenige Wochen post partum gesehen. Weiterhin hält Redner den Vorschlag des Herrn Scholz für bedenklich,

durch allzulange Untersuchungen die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft hinauszuschieben, da bekanntlich in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft das operative Vorgehen sich viel eingreifender gestaltet und für die Tuberkulose viel folgenschwerer zu sein pflegt, als wenn man das rechtzeitige Ende der Schwangerschaft abwartet.

Herr Hirschberg.

Herr Scholz erwähnt gegenüber dem Kutzschen Todesfall 5 Fälle aus den beiden letzten Jahren der eigenen Praxis, von denen 2 wegen bedrohlicher Erscheinungen eine künstliche Fehlgeburt durchmachten, 3 Schwangerschaft und Wochenbett gut überstanden und gesunden Kindern das Leben schenkten. Die ganze Frage lasse sich von Gynäkologen schwer beurteilen, da diese nur ausgewähltes Materal zu Gesicht bekämen.

Herr Kohnstamm: Wenn man zweifelhaft ist, ob ein Fall von Tuberkulose die Indikation zum Abortus artificialis abgibt oder nicht, wird man sich anders verhalten, wo es sich um eine Proletarierfamilie mit 10 Kindern handelt, als wenn in einer bis dahin kinderlosen fürstlichen Familie ein Majoratsherr erwartet wird. Ueberhaupt haben wir Aerzte die Pflicht, an die sozial-ethische Frage des Abortus artificialis voraussetzungslos und de lege ferenda heranzutreten.

Herr Bücheler: Nur kurz die Richtigstellung, dass unser deutsches Strafgesetz überhaupt keinen Ausnahmefall kennt, in dem die Einleitung des Aborts erlaubt wäre, ganz gleich, ob „die Wissenschaft" oder „ein Arzt" sie für „indiziert" hält, also auch ganz gleich, ob dadurch die Mutter vor dem sonst sicheren oder nur vor dem mutmasslichen Tod gerettet werden soll. Natürlich ist, wo kein Kläger ist, auch kein Richter, und auch weiterhin wird der Arzt wissenschaftlich anerkannten ethisch klaren Forderungen Rechnung tragen. Aber theoretisch ist es z. B. auch nicht erlaubt, die lebende Frucht zu töten, selbst wenn dies der einzige Ausweg zur Beendigung der Geburt ohne tödlichen Ausgang für die Mutter bedeutet. Es ist das natürlich eine Lücke in unserem Strafgesetz, und wir Aerzte werden, bis sie beseitigt ist, nur mit allen Kautelen tun dürfen, was Wissen und Gewissen uns vorschreiben.

Herr Deutsch: Geburtshelfer und Internisten werden sich in dieser Frage nicht leicht einigen, weil sie von quantitativ und qualitativ verschiedenem Beobachtungsmaterial ausgehen. So muss ich persönlich sagen, nach vieljährigen Erfahrungen an einem grossen poliklinischen Publikum, das neben einer sehr hohen Tuberkulosefrequenz eine sehr hohe Geburtenziffer aufweist, und in sehr dürftigen Verhältnissen lebt: Die Frauen kommen durch häufig wiederholte Geburten sehr herunter, aber die Fälle, wo eine stillstehende oder auch aktive Phthise sich durch die Schwangerschaft verschlimmert, sind doch recht selten. Anders steht es mit dem Einfluss der Laktation auf den Verlauf der Phthise. Dieser Unterschied ist mir so auffallend erschienen, dass ich eine spezielle Untersuchung hierüber unternommen habe. — Bedenke ich den komplizierten und zeitraubenden Apparat, den Herr Sippel zur Ueberwachung der tuberkulösen Graviden für die Praxis empfehlen will, so muss ich doch fragen, wieviel er erweislich mehr leistet als die alten einfacheren Hilfsmittel, die sich in der Praxis wirklich durchführen lassen. Auch neue diagnostische Verfahren halten nicht immer, was sie bei ihrer Einführung zu versprechen scheinen.

Herr Laquer: Der gleiche Streit der Meinungen wie zwischen Internisten und Gynäkologen wegen Abortus artific. bei Tuberkulose der Lungen besteht auch zwischen Psychiatern und Gynäkologen betr. Abortus artificialis bei Psychosen, besonders bei solchen mit Neigung zu Rezidiven. — Friedmann-Mannheim betonte in einer Arbeit eine häufigere Indikationsstellung, der Alzheimer-München widersprochen hat.

Herr Sippel (Schlusswort) erwidert Herrn Benario, dass er selbst in seinem Vortrag auf die Mängel in der prognostischen Verwertung des quantitativen und qualitativen leukozytären Blutbildes sowie des opsonischen Index in genügender Schärfe hingewiesen habe, dass aber trotzdem es ihm möglich erscheine, in prägnanten Fällen damit gewisse positive Anhaltspunkte zu bekommen, die uns den Nachlass der Abwehrkraft des Organismus und somit die unter dem Einfluss der Schwangerschaft drohende Verschlimmerung der Tuberkulose so rechtzeitig erkennen lassen, dass wir mit dem Abort nicht zu spät kommen. Ob dies möglich sei, bleibe eben abzuwarten. Die Aeusserungen des Herrn Scholz bezeichnet er als vollkommen unverständlich. Er weist nach, dass dieselben mit dem Vortrag in gar keinem Zusammenhange stehen, insofern sie sich durchgehends mit Dingen beschäftigen, von denen im Vortrage Sippels weder dem Worte noch dem Sinne nach etwas enthalten sei. Keinesfalls aber sei die Frage der geburtshilflichen Indikationsstellung bei Tuberkulose so leicht zu nehmen und so leicht zu entscheiden, wie Herr Scholz angebe. Das gelte auch gegenüber den Aeusserungen des Herrn Deutsch. Wenn man mit Thermometer und Wage diese Frage entscheiden könne, dann brauche man sich freilich den Kopf darüber nicht zu zerbrechen. So stehe es aber durchaus nicht. Im Gegenteil sei die richtige Indikationsstellung bei diesen Fällen wohl das Schwierigste und zugleich Verantwortlichste, was es in der Geburtshilfe geben könne, und ihren Ernst vermöge nur der richtig zu beurteilen, der eine seit langem stationäre, scheinbar geheilte Tuberkulose unter dem Einfluss einer hinzugetretenen Gravidität habe zugrunde gehen sehen. Die Tragik solcher Fälle lehre den Geburtshelfer, sich des tiefen Ernstes der Frage bewusst zu sein.

Schliesslich bemerkt er über die den artifiziellen Abort betreffende deutsche Gesetzgebung, dass dieselbe in ihrer drakonischen Strenge und ihrer daraus hervorgehenden ganzen Beurteilung dieser Frage den einseitigen Standpunkt des männlichen Geschlechtes in exquisitester Weise zum Ausdruck bringe. S. bezweifelt, dass die gleiche drakonische Strenge zur Anwendung gekommen wäre, wenn auch das weibliche Geschlecht bei Abfassung des Paragraphen stimmberechtigt gewesen wäre. Er bezweifelt auch, dass diese strenge Auffassung durchgehends ihre innere Berechtigung hat. Die Gesetze beständen jedoch und müssten für unsere Entschliessungen unbedingt massgebend sein.

Ordentliche Sitzung vom 7. September 1908, abends 7 Uhr, im Hörsaal des Dr. Senckenbergischen Bibliothekgebäudes.

Vorsitzender: Herr Edinger.
Schriftführer: Herr Cahen-Brach.

Protokollverlesung.

Eingegangen ist ein Antwortschreiben des Magistrats der Stadt Frankfurt a. M. auf die Eingabe vom 3. Juni d. J. (s. S. 83). Der Magistrat teilt darin mit, dass er die Anregungen des Vereins dankend entgegengenommen hat und denselben seinem Wunsche entsprechend näher treten wird. Ferner ist ein Schreiben der Administration der Dr. Senckenbergischen Stiftung eingelaufen, in dem auf die nach Besprechung mit Vertretern des Vereins erfolgte Berufung des Privatdozenten an der Universität Bonn und Prosektors am Augustahospital in Köln, Herrn Dr. Bernhard Fischer, zum Direktor des Dr. Senckenbergischen pathologisch-anatomischen Instituts hingewiesen wird. Gleichzeitig wird gebeten, den bisherigen Zuschuss zu dem Gehalt des Direktors auch ferner zu gewähren. Die Versammlung stimmt dem widerspruchslos zu.

In einem Schreiben des Vorstandes des Aerzteverbandes für freie Arztwahl wird die Bitte ausgesprochen, der Vorstand des Aerztlichen Vereins möge eine gemeinsame Besprechung der Direktoren und Oberärzte des Städtischen Krankenhauses, sowie der Vertreter des Vorstandes des Aerztlichen Vereins und des Aerzteverbandes für freie Arztwahl, ferner des Stadtarztes über die Frage der ambulatorischen Behandlung an den städtischen Krankenanstalten herbeiführen. Der Vorsitzende verspricht, dies zu tun.

Ferner sind eingegangen: Einladung zur Feier des hundertjährigen Bestehens der Wetterauischen Gesellschaft für die gesamte Naturkunde zu Hanau samt Festschrift.

Einladung des Herrn v. Mettenheimer zur Besichtigung des neuen Kinderkrankenhauses am Städtischen Krankenhaus.

Einladung des Deutschen Vereins gegen den Missbrauch geistiger Getränke zur Jubiläumsjahresversammlung in Kassel.

Herr **Siegel: Demonstrationen.**

a) Patient mit **traumatischer Gangrän der ganzen Gallenblase**, nach Cholezystektomie genesen.

Patient war am 30. Mai mit seinem Fahrrad zu Fall gekommen; wahrscheinlich ist er mit der rechten Körperseite auf die Lenkstange

gestürzt. Er konnte noch eine halbe Stunde Weges zu Fuss zurücklegen, musste sich aber von dem nächsten Orte nach Hause transportieren lassen. Der sofort zugezogene Arzt konstatierte mehrere Rippenbrüche an der rechten Thoraxhälfte und einen Erguss in die rechte Pleurahöhle. Die ersten Tage verliefen günstig. Nach einer Woche aber trat ein heftiger Kolikanfall ein, der trotz grosser Dosen Morphin und Opium sich erst besserte, als ein langer blutiger Fetzen per rectum abging. Danach Besserung, bis nach einigen Tagen Fieber und neue Schmerzen auftraten. Am 12. Juni nachts wurde Vortragender zu dem Patienten nach Usingen gerufen, da eine Verschlimmerung im Zustande desselben nach Ansicht der behandelnden Aerzte eine sofortige Operation erforderte. Bei seiner Ankunft war jedoch der anscheinend kollapsähnliche Zustand überwunden, so dass eine Ueberführung nach Frankfurt mit der Eisenbahn im Packwagen möglich wurde. Die Untersuchung ergab, dass der Patient leicht ikterisch war, und auch der Urin eine geringe Gallenfarbstoffreaktion zeigte. Ueber der rechten Brustseite bestand eine Dämpfung hinten bis zum Angulus scapulae, vorn bis über die Mammilla hinausreichend. Vorn ging diese Dämpfung in die Leberdämpfung über und diese reichte bis fast an die Spina anterior ossis ilei. Ueber der letzteren bis zum Rippenbogen bestand Défense musculaire; durch die Bauchdecken hindurch war daselbst eine tumorähnliche Resistenz zu fühlen von glatter Oberfläche. In der Narkose konnte man bestimmt feststellen, dass es sich um die vergrösserte, prall gefüllte, birnenförmige Gallenblase handelte. Die Punktion der rechten Brustseite ergab einen Bluterguss. Die Diagnose lautete auf eine traumatische Affektion der Gallenblase, vielleicht traumatische Zystitis, resp. Empyem.

Die Operation ergab, dass das Netz ausgedehnt mit der Gallenblase verwachsen war. Nach Lösung des Netzes sah man die total gangränöse, zum Platzen gefüllte, schwarzgrün verfärbte Gallenblase, welche am Fundus eine Perforationsstelle aufwies, aus der blutig-gallige Flüssigkeit von jauchigem Geruch hervorströmte mit zahlreichen Blutgerinnseln und Gallenniederschlägen. An der unteren Fläche der Leber bestanden mehrere kleinere und grössere Risse und in der Tiefe der rechten Bauchhöhle sah man einen geringen Bluterguss. Die gangränöse Gallenblase wurde exstirpiert und der Stumpf drainiert und tamponiert. Die Rekonvaleszenz war durch eine zuerst linksseitige, dann rechtsseitige Bronchopneumonie mit hohem Fieber gestört. Jetzt ist der Patient völlig geheilt.

Die ausführliche Krankengeschichte und Bedeutung des Falles soll an anderer Stelle dieser Wochenschrift beschrieben werden.

b) Patientin mit grosser Fettleibigkeit und grosser **Bauchhernie, nach Graser operiert.** Vortragender bespricht die Vorteile der Graserschen Operationsmethode und ihre guten Dauererfolge. Der Eingriff ist zwar ein sehr schwerwiegender, aber eine genügende Vorbereitung durch Laxantien, diätetische Behandlung und Repositionsmanöver von mindestens 10 Tagen bis zu 4 Wochen hat der Operation ihre wesentlichsten Gefahren genommen.

c) Fall von **Resektion des Colon transversum wegen akuten Darmverschlusses.** Die Untersuchung des klinisch für Karzinom gehaltenen Tumors ergab, dass es sich um ein breitbasig aufsitzendes,

das ganze Darmlumen ausfüllendes Lipom handelte. Die Patientin ist geheilt.

Herr **Seligmann: Labyrinthentzündung und Labyrinthoperation.**

Die Labyrintheröffnung beginnt mit der Radikaloperation, wobei die Fenestra ovalis gut freigelegt werden muss, sowohl von hinten als von oben her. Alsdann meisselt man den unteren Rand der Fenestra ovalis in seiner ganzen Breite ab und trägt das Promontorium bis zum runden Fenster hin ab, so das Vestibulum und die Schnecke eröffnend. Jetzt führt man eine Sonde in das ovale Fenster nach oben, durch das Vestibulum in den horizontalen Bogengang und meisselt dann von dessen Kuppe aus soviel fort, dass man die Sonde erreicht. Damit ist das Vestibulum eröffnet.

Die totale Labyrinthentfernung nach der Angabe von Neumann-Wien wird in der Art vorgenommen, dass die Radikaloperation ausgeführt und dabei Sinus, hintere und mittlere Schädelgrube ausgiebig freigelegt werden, um Raum zum Zugang zu gewinnen. Alsdann wird ein schmaler Meissel auf die Kuppe des Bogengangs aufgesetzt und die ganze hintere Pyramidenwand einschliesslich der hinteren Wand des Meatus auditorius internus entfernt. Es wird hierdurch die hintere Hälfte des horizontalen und oberen und der ganze untere Bogengang entfernt und das Vestibulum von hinten eröffnet. Dann wird vom Promontorium aus durch dessen Wegnahme das Vestibulum von vorn unten eröffnet und die Schnecke evakuiert. Es bleibt von der lateralen Labyrinthwand nur die schmale, den Fazialis enthaltende Brücke übrig.

Es ist klar, dass diese letztere infolge geringer Ernährung leicht der Nekrose verfällt, und habe ich tatsächlich einen solchen Fall zu verzeichnen, wo die Brücke sich nachträglich abstiess und der Fazialis dauernd gelähmt blieb, obwohl er bei der Operation mit Erfolg geschont worden war. Es ist deshalb von Göttingen aus der Vorschlag gemacht worden, den Nerv sofort bei der Operation aus der Knochenbrücke herauszuschälen und so vor dem völligen Absterben zu bewahren.

Die Erkrankungen, bei denen nun diese Labyrinthoperationen in Frage kommen, sind diejenigen Formen von Labyrinthentzündung, welche durch Fortpflanzung vom Mittelohr auf das Labyrinth entstehen. Es sind das die eitrige und seröse Entzündung; lokalisatorisch betrachtet beide Arten wieder in der diffusen und zirkumskripten Form. Die anatomischen Bilder dieser 4 Formen sind folgende: Die Labyrintheiterung befällt als diffuse Form stets das Labyrinth in seinen 3 Teilen: Schnecke, Vorhof, Bogengänge; in allen diesen Teilen

ergreift sie entweder nur den perilymphatischen Teil als den der Einbruchstelle zunächst gelegenen, oder auch den endolymphatischen. Sie führt entweder zum Tode durch Ausbreitung nach dem Schädelinnern oder zum Stillstand durch Abgrenzung oder zur Nekrose des ganzen knöchernen Labyrinths mit Ausstossung desselben. Ich zeige hier eine diffuse eitrige Labyrinthitis bei der Maus.

Die zirkumskripte Labyrintheiterung stellt eine an der Einbruchspforte lokalisiert gebliebene Labyrintheiterung dar. Diese Einbruchspforten sind bestimmte, dem Mittelohr angrenzende Stellen der Labyrinthkapsel, und zwar: die Kuppe des horizontalen Bogengangs, das ovale und das runde Fenster. Ich zeige als Beispiel einen Schnitt mit einem Einbruch in das runde Fenster, und folgender zirkumskripter eitriger Labyrinthitis der ersten Schneckenwindung.

Die seröse Labyrinthitis sehen wir als diffuse so auftreten, dass sämtliche Lymphe führenden Hohlräume mit dem Exsudat erfüllt sind. Als zirkumskripte Form müssen wir die bezeichnen, bei der die Hohlräume zwar frei bleiben, aber das Endost und besonders das membranöse Labyrinth in allen seinen Membranen infiltriert und gequollen ist; ob letztere Form zu der diffusen in Beziehung steht, ist zurzeit nicht bekannt.

Die seröse Labyrinthitis ist in ihrem Auftreten von der eitrigen sehr verschieden; sie ist nicht an eine nachweisbare Einbruchspforte geknüpft und tritt nicht an einer Stelle allein auf, sondern befällt das ganze Labyrinth mit einem Schlage. Sie wird bisher niemals als nachweisbarer Erreger einer Meningitis oder die Ohreiterung als Ausgangspunkt nehmenden sonstigen Eiterung in Schädelinhalt gefunden, ist also offenbar von wesentlich geringerer Virulenz, obwohl sie bei hochvirulenten Eiterungen, insbesondere bei Cholesteatom, häufig ist. Ich zeige hier als Beispiel ein Präparat eines Falles von Cholesteatom mit Pyämie und diffuser seröser Labyrinthitis.

Sie wirkt im höchsten Grade lähmend auf die Nervenendigungen, wie ich an einem Falle von seröser Labyrinthitis, die auf dem Blutwege entstanden ist (Sepsis), hier nachweise.

Wir sehen also die seröse Labyrinthitis als eine Begleiterscheinung von solchen Prozessen, bei denen Toxine entstehen, und werden wohl nicht fehlgehen, sie als eine solche Form der Transsudation zu betrachten, wie wir sie bei Eiterungen als kollaterales Oedem beobachten; mikroskopisch und kulturell sterile Infiltrationen relativ ungefährlicher Art. Diese Auffassung ist in der Arbeit über Labyrintheiterung und Gehör aus der Münchener Universitäts-Ohrenklinik von Herzog vertreten worden.

Die Diagnostik dieser Erkrankungen beruht auf der Feststellung der normalen oder gestörten Funktion der 3 Endapparate des VIII. Hirnnerven, der 2 Makulae, der 3 Cristae ampullares und ihrer Cupulae und des Organon Corti und seiner Ganglien. Die herrschende Ansicht darüber ist die, dass die Makulae bei der Wahrnehmung der geradlinigen Beschleunigung beteiligt sind, die Cristae der Winkelbeschleunigung, das Cortische Organ das Gehör wahrnimmt. Dementsprechend untersuchen wir die Fähigkeit des Patienten, diese drei Tätigkeiten auszuführen. Den Mechanismus dieser Wahrnehmung stellen wir uns nun so vor, dass den Bewegungen Strömungen der Endolymphe entsprechen, die von den Endigungen als Empfindung dem Zentralorgan übermittelt werden. Ich zeige Ihnen dies an vorliegendem Schnitte durch das Labyrinth, an dem besonders schön die Cupula des horizontalen Bogenganges zu sehen ist.

Wenn wir nun diesen Normalschnitt vergleichen mit dem oben gezeigten Mäuselabyrinth mit diffuser Eiterung, so werden wir sofort begreifen, dass eine so intensive Zerstörung mit sehr heftigen Strömungen einhergehen muss und sich daher in wahrnehmbaren Symptomen äussern wird. Tatsächlich bot diese Maus das Bild sehr intensiver, anhaltender unkoordinierter Bewegungen. Beim Menschen nennen wir das Auftreten dieser Symptome Morbus Menièri. Die akute Labyrintheiterung ist also von diesen Symptomen begleitet und daran erkennbar, um so deutlicher, je heftiger sie einsetzt.

Entsprechend weniger intensiv, bei nicht sehr akutem Einsetzen der Entzündung überhaupt subjektiv und objektiv spontan nicht wahrnehmbar, sind die Symptome bei den anderen 3 Formen der Labyrinthitis, der zirkumskripten eitrigen und serösen und der diffus serösen. Hier sind wir daher genötigt, die Funktion der Endapparate durch Reizung derselben festzustellen. Finden wir nun einen Funktionsausfall, so müssen wir bedenken, dass wir hieraus allein eine Labyrinthentzündung nicht folgern können; jede andere, die Nervenzellen der Endigungen lähmende, Erkrankung kann das klinische Bild der Funktionsstörung derselben hervorrufen. Zu der Störung der akustischen und statischen Funktion muss die Beobachtung der allmähligen Entwicklung und das Auftreten von allgemeinen Entzündungssymptomen (Fieber etc.) hinzutreten, um die Diagnose der Labyrinthitis zu ermöglichen.

Es wird nach dem Gesagten klar sein, dass es uns in solchen Fällen öfter zweifelhaft bleiben wird, ob wir eine der 3 milderen Formen der Labyrinthentzündung vor uns haben.

Diesen Erwägungen konnte sich auch Barany nicht entziehen. Barany hat die von früheren Forschern bei

Tieren angewandten Experimente auf den Menschen übertragen, welche dazu dienen, die Veränderungen des Nystagmus bei Störungen der Bogengangsfunktion diagnostisch zu verwerten. Die Resultate dieser Versuche hat er zusammengefasst in einer 1907 erschienenen Broschüre. Nach Schilderung dieser Versuche stellt er ein diagnostisches Schema auf, indem er unterscheidet zwischen akuter Labyrinthzerstörung (worunter er ein den Menièreschen Symptomen analoges Resultat der Untersuchung begreift) und latente Labyrinthzerstörung (gleich Ausfall der Funktionen der Bogengangsapparate). Also nirgends kann eitrige oder seröse oder überhaupt eine Labyrinthitis auch nur mit annähernder Sicherheit aus diesen Versuchen diagnostiziert werden. Nur durch Hinzunahme der am Patienten wahrnehmbaren allgemeinen Symptome einer fortschreitenden Entzündung und durch per exclusionem festgestellten Quelle derselben im Ohr kann vermutungsweise die Diagnose Labyrinthitis entstehen.

Wir kommen nun zur Frage, welche dieser Erkrankungsformen sollen dem operativen Eingriff unterworfen werden? Wir wollen die einfache Eröffnung des Labyrinths beiseite lassen; die gänzliche Entfernung des Labyrinths nur berücksichtigen. Es ist das ein sehr bedeutender Eingriff und muss daher auf die dringendsten Fälle beschränkt werden. Als solche werden wir wohl unzweifelhaft die erste Form der erwähnten Labyrinthaffektionen, die diffuse eitrige Labyrinthitis bezeichnen müssen. Ihr stürmisches Auftreten, die monatelange Beschränkung der Erwerbsfähigkeit, ihre Heilung mit Vernichtung der Labyrinthfunktion und ihre Gefährlichkeit für das Schädelinnere sind ausschlaggebend für die völlige Entfernung des Labyrinths.

Bei den zirkumskripten Formen ist es fraglich, ob es zweckmässig ist, die spontane Abgrenzung der Einbruchsstelle nach innen zu eröffnen. Nur wenn wir allen Eiter entfernen könnten, sind wir dazu berechtigt; da dies aber nicht mit Sicherheit der Fall ist, werden wir nicht alle zirkumskripten Formen operieren können. Hierzu kommt noch, dass nicht alle Formen gleich gefährlich sind; während die Eiterungen am horizontalen Bogengang und am runden Fenster gern lange lokal bleiben, sind die Einbrüche in das Vestibulum viel mehr zur Ausbreitung auf das übrige Labyrinth geneigt, wie vorliegender Fall beweist; man sieht die perilymphatische Eiterung ohne Berührung des endolymphatischen Raumes sich durch die Akustikusscheide in den Arachnoidealraum fortsetzen. Die Erklärung liegt wohl darin, dass der Einbruch in die Scala tympani bald an der Lamina spiralis aufgehalten

wird; das gleiche gilt für die Bogengangfistel bezüglich der Ampulla. Hinter dem Promontorium befindet sich jedoch ein grosser freier Raum, der den Entzündungserregern bequem Gelegenheit gibt, sich etwa wie eine Reinkultur in einem Reagenzglase zu entwickeln und so ein Reservoir zu bilden, aus dem die Strömung des Labyrinthwassers die Bakterien mitreisst. Wir werden also bei dem Einbruch in das Vestibulum ebenfalls baldigst operieren, während bei den beiden anderen Stellen zugewartet werden muss.

Die Einbrüche können ausserdem, wenn sie rein lokal sind, diagnostisch auseinandergehalten werden, so dass wir unter diesen Umständen bezüglich der operativen Indikation sehr sorgfältig erwägen können.

Die seröse Labyrinthitis wird als Folgeerscheinung des Eiterherdes im Mittelohr bezw. Warzenfortsatz durch die Beseitigung des Eiterherdes, Aufmeisselung bezw. Radikaloperation behandelt; umsoweniger ist eine Labyrinthoperation hier angezeigt, als dieser Form der Entzündung eine grosse Heilungstendenz zukommt und wir sie überhaupt nicht diagnostizieren, sondern nur vermuten können.

Diskussion: Herr Deutsch fragt an, ob der Vortragende auch Gelegenheit zu Untersuchungen nach Ertaubungen im Verlauf der epidemischen Zerebrospinalmeningitis gehabt habe.

Herr Seligmann betont in seiner Erwiderung die Schwierigkeit klinischer Gehöruntersuchungen bei Zerebrospinalmeningitis infolge des benommenen Zustandes der Kranken.

Ordentliche Sitzung vom 21. September 1908, abends 7 Uhr, im Hörsaal des Dr. Senckenbergischen Bibliothekgebäudes.

Vorsitzender: Herr Edinger.
Schriftführer: Herr Cahen-Brach.

Als Gäste anwesend Herren Erich Conradi, H. B. Eaton, Berthold Wartensleben.

Protokollverlesung.

Der Vorsitzende teilt mit, dass die Vereinsmitglieder Herr L. J. Roth, früher in Usingen, zuletzt in Ulm wohnhaft, und Herr August Hengsberger verstorben sind und widmet ihnen einen Nachruf. Ihnen zu Ehren erhebt sich die Versammlung.

Ferner übermittelt der Vorsitzende die Einladung des Herrn Lilienstein-Nauheim zu der am 3. Oktober d. J. im Saale des kaufmännischen Vereins stattfindenden Sitzung der abstinenten Aerzte.

Betreffs des Antrages Hanau (s. Sitzung vom 22. Juni l. J.) gibt er bekannt, dass dieser zurückgezogen worden sei.

Ein Schreiben des Herrn Fridberg betreffs Neuwahlen zur Aerztekammer geht an eine Kommission, in die durch Akklamation die Herren Ebenau, Fridberg, Eiermann gewählt werden.

Vom Pharmazeutischen Institut ist eine Mitteilung eingegangen über Reagensgläser mit Agarnährboden, die von ihm geliefert werden.

Vom Magistrat ist ein Auszug aus der neuesten Rechtssprechung des Reichsversicherungsamts auf dem Gebiete der Invalidenversicherung zur Kenntnisnahme gesandt worden.

Herr **Goldschmid:** Demonstrationen aus dem pathologischen Institut.

1. **Gallertkarzinom der Gallenblase mit der Serosa des Colon transversum verwachsen. Cholelithiasis. Lebermetastasen. Metastasen in einem Ast der Vena portae.** 53 jährige Frau.

2. **Käsige Tuberkulose des Uterus, der Vagina und der Adnexe. Alte Lungentuberkulose.** Näheres wegen der nur zum Teil gestatteten Sektion nicht bekannt. Darmtuberkulose. 61 jährige Frau.

3. **Miliartuberkulose,** ausgehend von Intimatuberkel einer Vena suprarenalis bei käsiger Tuberkulose der Nebennieren. Wandständige Thromben der linken Herzkammer. 48 jähriger Lehrer.

4. **Zerfallendes Carcinoma colli uteri. Blasenscheidenfistel. Membranöse Zystitis. Aufsteigende Pyelonephritis. Nierenabszesse. 44 jährige Frau.**

5. **Pyelonephritis** und **membranöse, eitrige Zystitis bei Tabes dorsalis** eines 72 jährigen Mannes. Im gleichen Fall beginnende arteriosklerotische Atrophie der Nieren.

Zum Vergleich eine typische glatte und eine granulierte genuine Schrumpfniere.

6. **Beiderseitige Zystennieren** eines 49 jährigen Schlossers. (Klinisch Stauungsnephritis.) Mesaortitis ascendens luetica. Multiple Embolien, ausgehend von Thrombose beider Femoralarterien. Fettherz mit wandständigen Thromben. Aortenweite an den Klappen 9,5, an der Teilungsstelle 4,5 cm. Erörterung über die Theorien der Genese der Zystenniere.

7. **Dilatiertes verfettetes Herz**, bei Meningitis eines 30 jährigen Mannes.

Herr **Friedrich Straus: Seltener Fall von Blasenkarzinom.** Pat. wurde vor 3/4 Jahren durch Sectio alta operiert. Er hat bis jetzt ein Rezidiv von 1½ Faustgrösse, das die Blasenwand und Bauchdecken durchwachsen hat und vor der Bauchhaut liegt. Der äusserliche Tumor nimmt die Breite der Unterbauchfalte ein.

Diskussion siehe Sitzung vom 19. Oktober.

Demonstrationen aus der **Dermatologischen Klinik des städt. Krankenhauses:**

Herr **K. Herxheimer:**

M. H.! Patient ist ein einige 20 Jahre alter Kaufmann, der in Brüssel viele Aerzte wegen seines seit 7 Jahren bestehenden, zeitweilig juckenden Ausschlages konsultierte.

Die Hautaffektion besteht aus einer grösseren Zahl rundlicher oder ovaler, scharf begrenzter Flächen, die verschieden gross und nicht sehr stark infiltriert sind. Sie haben ein glänzendes Aussehen, und ihre Farbe zeigt alle Nuancen von rot bis mattbraun. An einzelnen sieht man entweder mehr nach dem Zentrum zu oder an der Peripherie weissliche Streifen. In den Fällen mit sekundären Hautveränderungen muss man immer suchen, Grundeffloreszenzen ausfindig zu machen. Tatsächlich finden wir hier auch auf beiden Handrücken vereinzelte, früher gedellte, polygonale, glänzende, braunrote Papelchen, die zur Diagnose **Lichen ruber planus** führen. Aber auch im Falle ihres Fehlens wäre hier die Diagnose gesichert durch eine Erkrankung der Mundschleimhaut, wie sie hier typisch in Plaques auf der Wangenschleimhaut besonders und atypisch auf dem Zungenrücken vorhanden ist. Es ist das ein Netzwerk von bläulich weissen Linien, die aus stecknadelspitzgrossen, in Strickwerkform angeordneten Knötchen hervorgegangen sind.

Die oben erwähnten weisslichen Streifen stellen nicht nur eine Pigmentatrophie dar, sondern Sie finden bei näherer Untersuchung auch eine Gewebsatrophie. Es handelt sich also um einen Lichen ruber planus atrophicans und zwar um diejenige Form, bei der die Atrophie ziemlich bald nach den ersten entzündlichen Erscheinungen auftritt.

Therapeutisch ist in erster Linie Arsen zu empfehlen. Wenn dies manchmal schlechter im Verlauf der Behandlung vertragen wird, kann man äusserliche Mittel anwenden, eine Sublimat-Karbolsalbe oder besser reduzierende Mittel wie Chrysarobin oder Pyrogallussäure. Wird Arsen aber gar nicht vertragen, so hilft mitunter Karbol, entweder in Pillenform oder besser in Form der intramuskulären Injektionen.

Herr **Hoehne** stellt ein Mädchen vor, bei dem sich vor 3 Wochen rote Knötchen auf dem rechten Oberschenkel bildeten, die stark juckten. Bei der Aufnahme wurden an der Innenseite des rechten Oberschenkels zahlreiche linsen- bis medaillongrosse, das Hautniveau nicht überragende Plaques gefunden, die im Zentrum rotbräunliche Verfärbung, an dem scharfen, leicht gezackten Rand hochrote Farbe aufwiesen. In der Mitte der Effloreszenzen bestand deutliche Schuppung, etwas peripherwärts davon sah man eine Krause von stehengebliebenen Epidermisresten, am Rand war keine Spur von Schuppung zu konstatieren. Als Primäreffloreszenzen imponierten kleine, rote Knötchen, welche die Tendenz zeigten, sich in der Fläche auszubreiten und zentral zu schuppen. In Differentialdiagnose kamen **Pityriasis rosea und Trichophytie.** Für Pityriasis rosea sprach einmal die Farbe, dann die zentrale Abschuppung, während die Trichophytie gerade am Rande schuppt und die Unmöglichkeit des Pilznachweises. Bemerkenswert ist, dass sich hier die Affektion nur über den rechten Oberschenkel und einen kleinen Teil des linken Oberschenkels ausbreitete, während sonst Rumpf, Oberarme und Oberschenkel ergriffen zu werden pflegen.

Herr **Hoehne** stellt ferner eine Patientin vor, die vor 2 Wochen mit der Diagnose Ulcus cruris ins Krankenhaus geschickt wurde. Anamnestisch wurde ermittelt, dass die Patientin vor 2 Jahren wegen Lues 2 Kuren durchgemacht hatte. Bei der Untersuchung wurde ein deutliches Leucoderma colli gefunden. Auf dem linken Unterschenkel fanden sich zahlreiche, bis talergrosse, tiefgreifende, unterminierte, zum Teil schmierig belegte Ulcera, die in serpiginöser Anordnung einen grossen Teil des linken Unterschenkels einnahmen. Zwischen den Ulcera konnten vereinzelte Tubera nachgewiesen werden. Die Affektion, die seit ½ Jahr bestand, zeigte Neigung peripher in serpiginösen Linien fortzuschreiten, während im Zentrum zum Teil narbige Abheilung einsetzte. Gegen Ulcus cruris sprach der Umstand, dass fast der ganze Unterschenkel ergriffen war, während das Ulcus cruris gewöhnlich im unteren Drittel des Unterschenkels seinen Anfang zu nehmen pflegt und dann flächenhaft sich ausbreitet. Diagnose: Tubero-ulcero-serpiginöses Syphilid. Jodkalikur. Nach 8 Tagen ein Teil der kleineren Ulcera fast verheilt, jedenfalls deutliche Besserung. Wassermannsche Reaktion stark positiv. Bemerkenswert ist, dass neben dem tubero-ulcero-serpiginösen Syphilid, also einem Spätsyphilid, ein Leucoderma colli bestand, das gewöhnlich in der Frühperiode der Syphilis gefunden wird.

Herr **Reinhart:** Meine Herren! Ich möchte Ihnen einen Fall von **Lues maligna** vorstellen. Das Wesen der Lues maligna besteht darin, dass im sekundären Stadium schon ulzerative Prozesse auftreten, die wir gewohnt sind, erst im tertiären Stadium zu sehen.

Pat. S. Erste Kur Juni dieses Jahres. Seitdem unbehandelt. Bei ihrem Eintritt, 27. VIII., war Pat. überschüttet von Ulzerationen, die bis Markstückgrösse erreichten, kraterförmig vertieft waren und hohen infiltrierten Rand zeigten. Die Lokalisation war hauptsächlich Kopf, speziell Gesicht, Rücken, Bauch und vor allem Unterschenkel. Letztere Stelle auch eine Lieblingslokalisation, da hier ähnlich wie beim Ulcus cruris die ungünstigen Zirkulationsverhältnisse mitwirken. Therapeutisch wichtig ist für diese Fälle der günstige Einfluss von Jodkali. Ja, es kann sogar eine Verschlechterung durch Quecksilber herbeigeführt werden.

Anschliesend an meinen vorhergehenden Fall möchte ich einen 2. Patienten zeigen.

Es handelt sich hier ebenfalls um **Lues**, und zwar auch im sekundären Stadium.

Pat. B. Schanker Ende Mai. Erste Kur jetzt. Eintritt am 24. VIII.

Pat. kam hierher mit einem universellen papulo-pustulösen Exanthem.

Auch hier wurde therapeutisch Jodkali in gleich hohen Dosen angewandt. Hiedurch wurde die Pustulosis zum Abtreiben gebracht, dagegen blieb im wesentlichen unbeeinflusst das papulöse Exanthem, so dass wir jetzt noch eine Hg-Kur anschliessen.

Ein Vergleich beider Fälle ergibt also die therapeutisch wichtige Tatsache, dass Jodkali bei Lues maligna (also noch sekundäres Stadium) direkt indiziert ist, während die eklatante Wirkung bei dem gewöhnlich sekundären Stadium ausbleibt.

Folgender Fall interessiert uns wegen der **Lokalisation der Lues.**

Ansteckung im Jahre 1887. Die erste Kur 1906. 12 Injektionen. 2—3 Monate später zweite Kur wieder 12 Injektionen. Nach 3 Monaten dritte Kur.

Bei seiner Aufnahme, 14. VIII., zeigte der Pat. eine fast faustgrosse knotige Verdickung des linken Hodens und Nebenhodens.

Differentialdiagnostisch kommt in Betracht allenfalls Gonorrhoe, dann Neoplasma und vor allem Tuberkulosis. Durch hohe Jodkalidosen wurde die Erkrankung so beeinflusst, dass jetzt nur noch ein derber, etwas vergrösserter Testikel und knotige Verdickung des Nebenhodens vorhanden ist.

Leider kann ich Ihnen das Gegenstück hierzu (Pat. ist nicht gekommen) auf tuberkulöser Basis nicht zeigen. Hier konnten wir die Diagnose bekräftigen durch lokale Reaktion von Alttuberkulin-Injektionen, das auch in kleineren Dosen therapeutisch verwandt, zur Heilung führte.

Herr **Unger** stellt ein 19jähriges Mädchen vor, das bei der Aufnahme in die Klinik folgende **Hautveränderungen** aufwies. (Durch die seit 1½ Monaten eingeleitete Therapie ist das Aussehen der Affektion im Gesicht inzwischen verändert.) Wir sehen im linken Augenwinkel sowie auf der rechten Wange je einen zirkumskripten halbkugeligen, livid verfärbten, indolenten, subkutanen Knoten (Skrophuloderma), ferner vor dem rechten Ohr und unterhalb des linken Ohres je ein etwa 1 markstückgrosses, mit Borken bedecktes, flaches Ulcus. Auf die Mitte der linken Wange findet sich ein etwa 3 cm langer, aus strangförmig angeordneten Skrophulodermaknoten bestehender Herd. Von diesem zieht unter dem Kinn am Hals ent-

lang ein strangförmiger, mit Borken bedeckter geschwüriger Prozess (erweichte und konfluierte Skrophulodermaknoten). Auf der Nasenspitze finden sich mehrere braunrote, bei Glasdruck blassgelbe, im Niveau der Haut liegende Knötchen (Lupus vulgaris). Ferner sieht man am Hals und auf dem rechten Schulterblatt unregelmässig gestaltete weissliche Narben, in letztere typische Lupusknötchen eingesprengt. Am Stamm und vorwiegend auf dem Bauch sieht man vielfach in Gruppen angeordnete, stecknadelkopfgrosse, bräunlichrote, follikuläre, an der Spitze ein Schüppchen tragende Knötchen (Lichen scrophulosorum). Sodann finden sich auf der Streckseite der Arme, vereinzelt auch der Beine, eine grössere Zahl scharf begrenzter bläulich livider, intrakutaner Knötchen, daneben scharf geschnittene, dunkelpigmentierte Närbchen (akneiformes Tuberkulid). Schliesslich sieht man auf dem unteren Teil der linken Wade ein schmutzig braunrotes, plattenartiges Infiltrat (Erythema induratum Bazin). Wir sehen also in vorliegendem Falle bei demselben Individuum gleichzeitig 5 makroskopisch grundverschiedene Veränderungen der Haut, die aber sämtlich in das Gebiet der Hauttuberkulose gehören. Von diesen sind der Lupus vulgaris und das Skrophuloderma echte Hauttuberkulosen, ebenso der Lichen scrophulosorum, das akneiforme Tuberkulid und das Erythema induratum Bazin sind sog. Tuberkulide, für deren tuberkulöse Natur der strikte Beweis bisher zwar noch nicht erbracht ist, die aber aus mancherlei hier nicht näher zu erörternden Gründen als ebenfalls zur Hauttuberkulose gehörig betrachtet werden müssen.

Herr **Plass** stellt 2 Fälle von **Syphilis** vor:

1. einen Fall von sekundärer Lues malignen Charakters und durch grosse hypertrophische Papeln ausgezeichnet bei einem 9 jähr. Schulmädchen, das sich möglicherweise in einer Ferienkolonie infiziert hat;

2. einen Fall von sekundärer Lues bei einem 21 jährigen Taglöhner, der neben anderen sekundär-luetischen Erscheinungen ein ausserordentlich ausgebreitetes und dicht gesätes, mikropapulöses Syphilid aufweist.

Herr **Hoehne** hält einen Vortrag über den **Wert der Wassermannschen Reaktion für die Praxis.** Er schildert kurz das Prinzip der Reaktion und bespricht eingehend die Spezifizität derselben. Zwar fällt die Reaktion auser bei Lues auch bei Frambösie und Trypanosomeninfektionen positiv aus, doch hat das für uns keine praktische Bedeutung, da diese Erkrankungen bei uns nicht vorkommen. Die Angaben, dass die Reaktion bei Scharlach positive Ergebnisse zeitigt, scheint nach den neuesten Untersuchungen unzutreffend zu sein. Es ist die Ansicht sämtlicher berufener Autoren, dass jeder, der in unserer Zone lebt und positiv nach Wassermann reagiert, luetisch infiziert sein muss. Andererseits kann man aus dem negativen Ausfall nicht den Schluss ziehen, dass jetzt Lues mit Sicherheit auszuschliessen ist. Bei allen wenig charakteristischen Erosionen der Wundschleimhaut, der Zunge, der Tonsillen und

Genitalien gibt uns die Wassermannsche Reaktion wertvolle Anhaltspunkte, wenn der Spirochätennachweis misslingt. Nach Exzision eines Primäraffektes zum Zweck der Präventivbehandlung leistet sie wertvolle Dienste; ebenso bei der Behandlung der Syphilophoben, bei der Untersuchung klinisch gesunder Kinder syphilitischer Eltern, bei der Beobachtung anscheinend gesunder Mütter hereditär-luetischer Kinder, bei der Auswahl von Ammen, bei Ausstellung von Gutachten in zweifelhaften Fällen. Die ganze klinische Medizin hat sich dieser Methode bemächtigt und berichtet von guten diagnostischen Erfolgen. Ungeeignet ist der Ausfall der Reaktion für die prognostische Bewertung des Krankheitsbildes. Die Therapie ist von Einfluss auf den Ausfall der Reaktion und macht in vielen Fällen die anfangs positive Reaktion zu einer negativen. Doch braucht die negative Reaktion nicht negativ zu bleiben, sie kann wieder positiv werden. Deshalb soll man sich bei einer einmaligen serologischen Untersuchung nicht begnügen, sondern soll dieselbe in längeren Intervallen wiederholen. Eine negative Reaktion ist für einen Luetiker günstiger als eine positive, und man wird daher eine positive Reaktion durch energische Behandlung unter strikter Beobachtung des Allgemeinbefindens in eine negative zu verwandeln versuchen. Es ist wünschenswert; dass die Wassermannsche Reaktion in allen zweifelhaften Fällen von allen Aerzten in Erwägung gezogen wird, denen Institute zur Verfügung stehen, wo sie leicht und sicher ausgeführt werden kann.

Frau **Hahn-Opificius:**

In den letzten Jahren ist häufig der Versuch gemacht worden, eine Reihe tuberkulöser Hautaffektionen als sog. „Tuberkulide" von den echten Hauttuberkulosen zu trennen. Klinisch stimmen sie überein in der langen Dauer, in der beträchtlichen Widerstandsfähigkeit gegen alle möglichen Heilversuche und in ihrer grossen Neigung zu Nachschüben. In Lokalisation, Form, Farbe und Grösse der einzelnen Effloreszenz sind sie alle verschieden, so dass aus den äusseren Merkmalen keine Einteilung im obigen Sinne gemacht werden kann.

Mikroskopisch stellen sie sich als kleine Knoten dar, die teils in der Kutis, teils in der Subkutis liegen und meist Neigung zum Konfluieren haben. Sie bestehen aus kleinzelliger Infiltration mit Bindegewebssepten, in den jüngeren als Reste der vollzogenen Konfluenz. Im Zentrum findet sich meist beginnende oder vollständige Nekrose. Zwischen den Rundzellen liegen epitheloide Zellen, Mastzellen und häufig echte Riesenzellen. Der Nachweis von Tuberkelbazillen im Schnitt gelingt nur sehr selten, gerade wie bei den echten Hauttuberkulosen. Die Ge-

fässe sind meist erweitert und vermehrt und können von einem perivaskulären Infiltrat umgeben sein; häufig zeigen sie eine grössere oder geringere Erkrankung ihrer Wände. Kurz, das Bild ist von dem eines Tuberkelknötchens nicht verschieden.

Man hat versucht, eine Trennung auf das Fehlen oder Vorhandensein von miliaren Tuberkeln zu basieren; wenn man aber lange genug nachsieht, findet man wohl bei allen diesen Affektionen Riesenzellen. Ein anderer Trennungsgrund sollte das perivaskuläre Infiltrat sein; doch findet sich dieses in Schnitten aus demselben Knötchen um manche Gefässe reichlich, während es in anderen ganz fehlt, je nach der Lage der Knötchen, so dass es sekundär mit dieser (Druck usw.) zusammenzuhängen scheint. Der Gedanke, die Tuberkulosen als direkte Bazillenwirkung und die Tuberkulide als Toxinwirkung aufzufassen hat etwas Verlockendes, kommt aber wohl erst als ätiologisches Moment in Frage, wenn klinisch oder anatomisch irgend ein Anhaltspunkt für eine deutliche Trennung gegeben ist. Wir haben bei unseren Untersuchungen bisher nur einen kontinuierlichen Uebergang feststellen können.

Diskussion: Herr Sachs weist darauf hin, dass sich die Wassermannsche Reaktion für die Praxis ausserordentlich gut bewährt hat, dass aber für ihre Ausführung eine gründliche Ausbildung im serologischen Arbeiten erforderlich ist. Im Institut für experimentelle Therapie sind die Einrichtungen für die Ausführung der Reaktion getroffen und dieselbe kann — vorläufig provisorisch — für die Praxis zu diagnostischen Zwecken stets angestellt werden.

Auf eine Anfrage des Herrn v. Wild erwidert Herr Höhne: Bei etwa der Hälfte der Patienten gelingt es, die positive Wassermannsche Reaktion durch energische Behandlung negativ zu machen, bei etwa einem Viertel wird aus der stark positiven Reaktion eine schwach positive, und ein Viertel bleibt in Bezug auf die positive Reaktion durch die Behandlung unverändert. Plausible Gründe für dieses differente Verhalten des Organismus kann man zurzeit nicht angeben.

Auf eine Anfrage des Herrn Siegel bemerkt er, dass nach Möglichkeit versucht wird, die Patienten erst dann zu entlassen, wenn sie negativ reagieren.

Ordentliche Sitzung vom 5. Oktober 1908 abends 7 Uhr im Hörsaal des Dr. Senckenbergischen Bibliothekgebäudes.

Vorsitzender: Herr Edinger.
Schriftführer: Herr Cahen-Brach.

Protokollverlesung.

Vor der Tagesordnung bringt Herr Cahen-Brach eine Einzeichnungsliste zur Teilnahme an dem Festessen zur Feier des 71. Geburtstages des Herrn Altschul in Zirkulation.

Als Gast anwesend Herr Draper (Amerika).

Eingegangen ist ein Schreiben des Herrn Fridberg namens der mit den Vorarbeiten für die Wahlen zur Aerztekammer betrauten Kommission. Herr Fridberg bemerkt hierzu, dass der Verein der Aerzte Wiesbadens mehr Mandate beanspruche, als ihm zugedacht worden seien, da er nicht, wie angenommen, 145, sondern 195 Mitglieder zähle.

Einladung zur Hauspflegekonferenz in Frankfurt a. M. am 9. Oktober 1908.

Der Vorsitzende schlägt für das Stiftungsfestessen am 3. November den Saal des Hotel Schwan vor. Der Preis des trockenen Gedeckes solle M. 4.50 betragen. Es erhebt sich kein Widerspruch.

Herr **Goldschmid:** Demonstrationen aus dem pathologischen Institut.

1. **Ulzeröse Endokarditis der Mitralklappe bei Sepsis,** ausgehend von einem Geschwür der grossen Zehe (vernachlässigte alte Operation). 52 jähriger Maurerpolier.

2. **Verruköse Endokarditis der Mitral- und Aortenklappen bei Pyelonephritis,** ausgehend von eitriger Zystitis einer 80 jährigen Frau.

3. **Prostatahypertrophie mittleren Grades (Seitenlappen) und chronische Zystitis mit 3 überhaselnussgrossen Blasensteinen.** 72 jähr. Pfründner.

4. **Zerfallendes polypöses Blasenkarzinom. Hydronephrose. Lebermetastasen (mit mikroskopischem Präparat).** 77 jähriger Packer.

5. **Hypertrophierende und ulzeröse, tumorartige Larynxtuberkulose und Trachealtuberkulose bei chronischer, knotig-indurierender und ulzeröser Lungentuberkulose.** 33 jähriger Arbeiter.

6. **Hyperplastische Kehlkopftuberkulose, Perichondritis tuberculosa bei knotig indurierender Lungentuberkulose; ein subakutes Ulcus ilei, als Ausgangspunkt einer Serosatuberkulose.** 60 jähriger Mann.

7. **Hypertrophierende Kehlkopftuberkulose und Trachealulzera, Darmtuberkulose bei ulzeröser Lungentuberkulose.** Eine 31 jährige Frau. Puerperium, achter Tag.

8. **Stimmbandulzera bei käsiger Pneumonie** eines 25 jährigen Kellners.

9. **Strumaoperation** bei 15 jährigem Mädchen (rechte Hälfte und halber Isthmus). Dilatation und Hypertrophie des Herzens. Thymus persistens (30 g). Hyperplasie des Rachenringes. Mikroskopisch: Struma hypertrophica partim colloides. Säbelscheidentrachea. Lungenödem. Starke Verengerung der Trachea durch die stehengebliebene Drüsenhälfte. Plötzlicher Exitus während der Operation.

10. **Operierte Basedowstruma,** Exitus post operationem. **Hochgradige Verfettung, Dilatation und Hypertrophie des Herzens** (Operation in Lokalanästhesie). Status lymphaticus: Thymus persistens hypertrophica von 60 g. Hyperplasie des Rachenringes. Ovarialzyste. Markfibrom der Niere. (Reseziert: rechte Hälfte und der halbe Isthmus.) Mikroskopisch: Struma parenchymatosa fibrosa. 30 jährige Büglerin.

Diskussion: Herr Siegel.

Herr v. **Wild: Demonstrationen.**

1. **Zahn,** als freier Körper in einer vereiterten Kieferhöhle gefunden.

40 jährige Frau. Vor 3 Jahren Extraktion des kariösen Molaris III rechts versucht. Bald danach Naseneiterung. Anbohrung der Kieferhöhle durch die Alveole mol. III (auswärts). Spülung.

Juni 1908. Patientin sehr heruntergekommen, fiebert öfters, auch jetzt, fötide Eiterung. Breite Eröffnung der Kieferhöhle von der Fossa canina, Extraktion des Zahnes, der in Granulationen eingebettet im medialen hinteren unteren Winkel der Höhle liegt. Eine Wurzel ist abgesprengt, der Zahn wurde offenbar bei der versuchten Extraktion in die Kieferhöhle eingestossen und hatte hier die Eiterung veranlasst.

2. **Hülle eines Weizenkorns,** mit besonders langen Borstenhaaren, als Fremdkörper aus dem Mittelohr extrahiert.

45 jähriger Mann wird Dezember 1906 wegen akuter Psychose in die hiesige Irrenanstalt eingeliefert. Wahrscheinlichkeitsdiagnose Paralysis, Fieber — Otit. med. pur acut., seit ca. 6 Wochen bestehend. Operation des Proc. mast. Entleerung eines extraduralen Abszesses. Nach der Operation dauert der maniakalische Erregungszustand noch 14 Tage an; Patient reisst die Verbände ab etc., dann stuporöses Stadium. Allmählig normales psychisches Verhalten. Die Ohr-

eiterung dauert nach 8 Wochen noch mässig an, während die Operationswunde geschlossen ist. Perforation nicht zu sehen. Eines Tages kann an einem, am Boden des Gehörganges sichtbaren Borstenhärchen die Weizenhülle durch das Mittelohr extrahiert werden.

Es handelt sich um eine besondere Weizenart, die in der Heimat des Patienten, im Innern von Nordamerika, vorkommt. Die Hüllen haben die Eigenschaft, sich durch die Borstenhaare und Widerhacken durch die Kleider hindurch fest in die Haut zu verankern.

v. W. erwähnt einen zweiten Fall seiner Beobachtung von schwerer Psychose bei otitischer intrakranieller Eiterung. Auch hier dauernde Heilung nach operativer Entfernung eines haselnussgrossen Cholesteatoms aus der hinteren Schädelgrube.

3. **Lungensequester.** 2½ auf 1½ auf 1cm Durchmesser.

80 jähriger Mann. März 1908 akut fieberhaft erkrankt. H. U. beiderseits Bronchopneumonie, mässig hohe Continua remittens, sehr reichlich fade, nicht fötid riechendes, eitriges Sputum, ca. ⅛ Liter täglich; in demselben keine Tuberkel- und keine Influenzabazillen, reichlich Eiterzellen und Alveolarepithelien. In der vierten Krankheitswoche wird das demonstrierte Stück Lunge ausgehustet. Von da ab schnelle Besserung; nach weiteren 5 Wochen völlige Heilung. Physikalischer Befund so gering, dass es zweifelhaft blieb, welcher Lunge das ausgehustete Stück angehörte.

4. Kurzer Bericht über einen Fall von **Darmintussuszeption** bei einem 30 jährigen Kranken mit Ausgang in Heilung nach Abstossung eines 15 cm langen, doppelten Darmstückes, des untersten Teiles des Ileums (Präparat z. Z. in der Anatomie nicht auffindbar).

Herr **Bingel: Ueber eine den Blutdruck steigernde Substanz in der Niere.**

Der Vortragende berichtet über Untersuchungen, die er in Gemeinschaft mit Herrn Dr. Eduard Strauss ausgeführt hat. Der Pressaft verschiedener Organe wurde in die Blutbahn des Kaninchens eingespritzt. Es zeigte sich, dass abgesehen von der Nebenniere konstant nur der Pressaft der Niere die Fähigkeit hat, den arteriellen Blutdruck zu steigern. Die durch Nierenpressaft hervorgerufene Blutdrucksteigerung beträgt 40—60 mm und kehrt erst nach etwa ½ Stunde zur normalen Höhe zurück. Sie ist also wesentlich verschieden von der durch Adrenalin hervorgerufenen Steigerung. Durch Behandlung des Pressaftes gelang es etwa 96 Proz. der in ihm enthaltenen stickstoffhaltigen Substanz zu entfernen, ohne die steigernde Wirkung zu beeinträchtigen.

Herr **M. Flesch: Die Plastizität der Leber.**

Die anatomische Beschreibung der Leber bezeichnet einige der an ihrer Oberfläche sichtbaren Vertiefungen nach den an der Stelle der letzteren gelegenen Organen als Eindrücke; man spricht von einer Impressio renalis und Impressio colica; es wird damit zum Ausdruck gebracht, dass man die Lebersub-

stanz für weich, jene Furchen als Wirkung des Druckes der Nachbarorgane ansehe. Ebenso bekannt ist aus der pathologischen Anatomie der Leber ihre Verunstaltung durch eine „Schnürfurche“ als Folge eines durch lange Zeit fortgesetzten Druckes durch das Tragen von Korsetten und Gürteln. Auch die nicht seltenen sagittalen Furchen auf der Konvexität der Leber sind von manchen Autoren, so (nach Henle) von Cruveilhier als Schnürwirkung auf die weiche Lebersubstanz angesehen worden, als Abdrücke nämlich von vermeintlichen Faltungen des Zwerchfelles infolge der queren Einschnürung des Thorax. Wir sehen daraus — eine Prüfung der Tatsachen wird uns noch beschäftigen — dass die Plastizität der Lebersubstanz, auch wenn sie nicht als besondere Eigenschaft des Organes aufgeführt wird, gewissermassen die Voraussetzung für deren Formbeschreibung in der Norm wie in pathologischen Zuständen gewesen ist. Es lässt sich aber zeigen, dass diese Eigenschaft eine grössere Beachtung verdient als ihr durch diese stillschweigende Anerkennung zu Teil wird: es kann die Plastizität der Lebersubstanz uns über das bisher beachtete hinaus manche Aufklärung bezüglich gewisser Befunde nicht nur bei der Obduktion, sondern bei der chirurgischen Inangriffnahme beibringen.

Für die praktische Behandlung des Themas ist es wichtig, vorher dem Begriff der Plastizität eine gewisse Beschränkung zu geben. Eine Veränderlichkeit der Form eines Organes durch den Druck benachbarter Organe im Gang der normalen Entwicklung, durch Druckwirkung von Fremdkörpern bei pathologischen Zuständen oder bei künstlichen mechanischen Eingriffen kommt wohl allen Geweben zu. Die Beispiele aus der normalen Anatomie sind zahlreich; ich brauche nur etwa an die Impressiones cerebrales der Schädelknochen zu erinnern. Aus der Pathologie sei die Aushöhlung der Wirbelknochen durch die andrängende aneurysmatisch erweiterte Aorta erwähnt. Die absichtliche Deformation des Schädels des Flathead-Indianers, die unblutige Klumpfussbehandlung, die zahnärztlichen Erfolge bei orthodontischen Behandlungen des Kiefers illustrieren die künstliche mechanische Umgestaltung.

Die hier gewählten Beispiele sind für die Auffassung der Plastizität der lebenden Substanz nach mehreren Richtungen instruktiv. Vor allem wissen wir, dass es sich bei diesen Umbildungsprozessen keineswegs um einen dem modellieren eines Tonklumpens vergleichbaren Vorgang handelt: es wird nicht einfach durch Druck vorhandene Substanz an eine andere Stelle geschoben und so das Bildungsmaterial in eine andere Form gebracht. Die Umgestaltung des Knochens erfolgt be-

kanntlich durch Auflösung der dem Druck ausgesetzten Substanz; je nach Umständen — mechanische Druck- und Zugwirkungen — stellt eine Neubildung von Knochensubstanz anderwärts das Gleichgewicht her. Und weiter ist in den angeführten Fällen — ich habe sie deshalb gewählt — nicht die weichere unter den sich bedrängenden Massen, „der klügere der nachgibt": ganz entgegen dem scheinbar Selbstverständlichen, passt sich vielmehr der harte Knochen der Form des Weichgebildes an. Nicht der mechanische Druck der Masse, sondern die innere Spannkraft des mit einer bestimmten Wachstumsenergie vordringenden Weichgebildes wirkt in letzter Linie formbestimmend.

Die Beurteilung, ob die Modellierung der Oberfläche eines Organes Folge einer plastischen Gestaltung durch den Druck eines Nachbarorganes sei, wird also erst dann möglich sein, wenn wir ausser der Eigenform jedes einzelnen Körperteiles auch dessen Spannungsverhältnisse und die der angrenzenden Gebilde kennen. Nach beiden Richtungen kann die blosse Betrachtung des aus dem Zusammenhang gelösten Einzelorganes nicht genügen. Mit Recht wird bezüglich der Beschreibung der äusseren Formen eines Organes heute verlangt, dass der Herausnahme die Härtung in situ vorauszugehen habe. Aber auch das zeigt uns nur die Gestalt des Organes unter den augenblicklich gegebenen Verhältnissen, d. h. beispielsweise mit den Folgen eines etwa zur Zeit der Härtung wirkenden Druckes, etwa an der Leber, also Uebertreibung oder Verminderung der Impressio colica je nachdem zufällig der Dickdarm während der Härtung oder des Gefrierens leer oder mit Kot und Gasen gefüllt war. Es wird die Biegung des Rückenmarkes von der Stellung abhängen, welche man dem Halse der Leiche vor dem Härten gegeben hat usw. Die Eigenform eines Organes, wie sie sich aus seiner Massenverteilung und den elastischen Spannungsverhältnissen zwischen oberflächlichen und inneren Gewebsschichten ergibt, ist auch aus der vorgängigen Härtung in situ nicht immer klarzustellen.

Am eklatantesten zeigt sich uns das bei der Untersuchung des Rückenmarkes. Das herausgenommene Mark sehen wir bekanntlich als flachen, zylindrischen Strang der Unterlage anliegen. In situ erscheint es verschieden gekrümmt, je nach der Haltung der Wirbelsäule und — deren Form entsprechend — je nach dem Lebensalter, fast gerade bei dem Neugeborenen, erst später in den bekannten Biegungen gekrümmt. Dementsprechend gehen alle älteren Beschreibungen über die Bie-

gungen des Rückenmarkes hinweg. Erst seit meine, zum Teil mit Dr. Ebeling gemeinsam ausgeführten Untersuchungen[1]) den Nachweis erbracht haben, dass das Rückenmark seine Eigenform mit ganz charakteristischen Biegungen besitzt, ist in den meisten Lehrbüchern eine „Nackenkrümmung" in die Beschreibung aufgenommen worden. Wir gingen damals so vor, dass wir das isolierte Mark zur Härtung in Flüssigkeiten brachten, deren spezifisches Gewicht möglichst genau auf das des Markes abgestuft war, so dass es bis zu beendeter Härtung frei schwimmend aufbewahrt wurde. Es gelang auf diesem Weg zu zeigen, dass selbst die S-Biegung des Vogelskeletts sich in der Eigenform des Rückenmarkes abspiegelt. Daraus folgt nun aber keineswegs, dass die Form der Wirbelsäule sich aus der des Rückenmarkes ableite: man könnte ja durch die Anpassung des Schädels an die Gehirnform zu diesem Trugschluss versucht sein. Wir wissen aber, dass für die Skelettform die mechanischen Verhältnisse der Körperbelastung und des Muskelzuges ausschlaggebend, dass also Rückenmark und Gehirn einer gleichartigen Beeinflussung unterlegen sind. Das Verhältnis des frei in seinem Kanal aufgehängten Markes zu der Wand des Rohres ist eben ein ganz anderes, als das des seiner Hülle unmittelbar anliegenden Gehirns.

Zeigt uns das hier vom Rückenmark besprochene, welche Schwierigkeiten unter Umständen bei der Bestimmung der Eigenform eines Organes zu überwinden sind, so leitet uns aber auch das Ergebnis der Erörterung auf den Weg, der uns eine Scheidung dessen vollziehen lässt, was in der Gestalt der Leber als Ausdruck ihrer Wachstumenergie, was als plastische Anpassung aufzufassen ist.

Eine Beeinflussung der Form der Leber wird sich aus dem Anliegen von Nachbarorganen vorübergehend oder auf die Dauer herausstellen können, sei es, dass deren Druck als Folge ihrer Wachstumsenergie stärker ist als die eigene Wachstumsenergie der Leber, sei es, dass er, durch mechanische Einwirkungen herbeigeführt, das Gewebe derart schädigt, dass es atrophisch schwindet. Das erklärt uns einmal die Entstehung der mehr benannten Impressionen, Colica und Renalis; es gehört dahin noch die Incisura oesophagea hepatis, und die Incisura pro vesica fellea. Mechanischen Schwund des Lebergewebes bewirken entzündliche Stränge, Tumoren, auch fortgesetzter Druck des Rippenbogens, wenn vorher die Leber so-

---

[1]) Die untere Halskrümmung des Rückenmarkes der Säugetiere. Archiv f. Anatomie u. Physiologie 1885, Anat. Abteilung S. 102.

weit nach unten gedrückt ist, dass das möglich wird. Aber in diesen beiden Fällen kommt die Plastizität der Lebersubstanz nicht in Betracht. An den Stellen, an welchen Nachbarorgane zum Abdruck kommen, geschieht das, weil eben, wo diese stärker wachsen, sie und nicht Lebersubstanz sich ausbilden; keineswegs wird vorhandene Lebersubstanz zur Seite gedrückt; man kann die Impressionen und Inzisuren nirgends besser sehen, als am Neugeborenen. Und dass der atrophische Schwund der Lebersubstanz im Grund des Schnürstreifens oder in der syphilitischen Zirrhosennarbe ein plastischer Umlagerungsvorgang ist, bedarf keiner Auseinandersetzung.

So beschränkt sich für uns das Gebiet der plastischen Veränderungen der Leber auf die Fälle, in welchen eine scheinbare Verschiebung vorhandener Substanz, bezw. eine Anpassung der Gestaltung des Organes an äussere Druckwirkungen stattfindet. Die Frage tritt hier an uns heran, ob an der lebenden Substanz eine Verlagerung der Materie, wie sie etwa beim Kneten des Tones stattfindet, überhaupt möglich sei? Es ist wohl klar, dass das nur so weit dehnbar ist, als die Umlagerung ohne Kontinuitätsrennung stattfinden kann. Sobald die Entfernung eines Elementarteilchens von seinem Ort eine gewisse Grösse erreicht, müssen Zerreissungen unvermeidlich sein, die den Untergang der ihrer Ernährung beraubten Substanzteile bewirken kann. Eine solche Plastizität kennen wir am Menschen nur bei „Kotgeschwülsten" und allenfalls bei mit breiigem Inhalt erfüllten Dermoiden; das ist beides nicht mit einer Plastizität lebenden Substanz in Beziehung zu setzen. Dagegen wird die plastische Beeinflussung des Lebergewebes verständlich, wenn wir sie mit der etwa des ödematösen Hautgewebes vergleichen. An der gewaltigen Vaskularisation der Leber liegt es allein, dass ihre Konfiguration durch äusseren Druck grössere Aenderungen erfahren kann, als irgend ein anderer Körperteil.

Die Bedeutung der Blutfülle für die Form und die Grösse der Leber versteht man am leichtesten durch die Untersuchung am Neugeborenen und bei Kindern. Je nach der Blutfülle kann hier die Leber als breite, die ganze obere Hälfte der Bauchhöhle ausfüllende, durch eine quer in der Höhe des Nabels von rechts nach links verlaufende Kontur begrenzte Masse erscheinen (Fig. 1 u. 2) oder im entgegengesetzten Extrem — während die Norm dem Zustand des Erwachsenen entspricht (Fig. 3) — unter dem Rippenbogen hinter aufgetriebenen Kolonschlingen verborgen sein (Fig. 4). Es würde zu weit führen, hier auf die für die Blutfülle der Leber massgebenden

Bedingungen einzugehen. Nur das sei betont, dass gerade bei Hochstand des Zwerchfells, wenn überhaupt keine Lungenatmung stattgefunden hat — Fig. 1 u. 2 zeigen das an durch Kephalotripsie entwickelten Kindern — man jenen extremen Tiefstand des unteren Leberrandes findet, der einem ganz enormen Volum des blutüberfüllten Organes entspricht. Der rechte und der linke Lappen erscheinen dabei als annähernd gleich grosse Vierecke, bis nach allmählichem Absickern des Blutes die bekannte Form sich herstellt. Die Plastizität der Lebersubstanz ist sonach die Folge des eigenartigen „kavernös-drüsigen" Baues als welcher die Leberstruktur stereotyp in dem Examen eines bekannten Anatomen definiert werden musste. Arm an Stützgewebe ist das Parenchym von einer enormen Blutfülle gebläht; es kann durch Wegdrängen der alle Maschenfülle ausfüllenden Flüssigkeit an der einen Stelle komprimiert, an der anderen durch Einpressen von Blut aufgeschwemmt werden. Dass das in der Tat so ist, kann man besonders gut bei künstlichen Injektionen mit Karminleim oder Indigosuspension sehen. Unter den Augen des Experimentators erheben sich an den zufällig zuerst sich füllenden Partien dicke Knoten, die als Tumoren vorübergehend über das Niveau der Oberfläche ragen. Ist die Injektion zu Ende, hat sich das ausgeglichen; das Organ ist aber doppelt und dreifach so gross als vorher eine künstliche Stauungsleber.

Wenn wir die plastischen Veränderungen der Leberform auf Aenderungen der Blutfülle grösserer oder kleinerer Teile des Organes zurückführen, wird uns manches aus den wechselnden Befunden bei Obduktionen und Operationen leichter verständlich. Weitergehende Volumänderungen bei der Stauungsleber Herzkranker unter Digitalisgebrauch haben nichts auffallendes; das Organ, das den Rippenrand um mehr als Handbreite überragt hat, kehrt bei geeigneter Behandlung, Bettruhe und Digitalis in Verbindung mit reichlicher Diaphorese und Diurese, in wenigen Tagen in die normalen Grenzen zurück. In gleicher Weise wird die durch Schnüren weit nach unten gedrängte rechte Leberhälfte in wenigen Tagen unfühlbar. Mir ist ein solcher Fall bekannt, in welchem in Widerspruch mit dem Hausarzt ein Nierentumor irrtümlich aus dem Befund des weit über den Rippenbogen vortretenden rechten Lebenlappens diagnostiziert wurde; die Laparotomie, die seitens eines der grössten Chirurgen auf Beschluss eines Kollegiums von 7 Aerzten vorgenommen wurde, ergab einen vollständig negativen Befund. In der Zeit der Vorbereitung hatte sich bei andauernder Bettruhe der „Tumor" verloren. Die

Fig. 1.

Situs eines durch Kephalotripsie geborenen Kindes.
U Uterus. Fi Fimbria. C Colon. h Leber.

Fig. 2.

Situs eines durch Kephalotripsie totgeborenen Kindes.
h Leber. o Omentum majus. c Colon.

Fig. 3.

Situs eines Kindes von 8 Monaten.
h Leber. c Colon.

Fig. 4.

Situs bei einem Kinde von 24 Wochen. Vollständige Verdeckung der Leber durch das vorgelagerte, geblähte Colon mit hochgezogener Netzschürze.
tr Colon transversum. o Netzschürze.

Fig. 4.

Fig. 5

Situs bei einem Manne (Alter nicht bekannt) mit Vorlagerung des Colons auf den linken Leberlappen, Bezeichnung entsprechend Figur 6.

Fig. 6.

Situs einer Frau mit hochgradiger Schrumpfleber (Lues) bei Vorlagerung des Colon transversum (c. tr.)
h Leber. cœ Zökum. S Flexura sigmoidea.

Fig. 7.

Situs einer Frau von 67 Jahren. Das vor die Leber gelagerte Colon ist nach unten geschlagen, bei ×× Druckfurche. — h Leber. v der Magen in Inanitionsform bei + Zökum mit appendizitischen Adhäsionen. vf Gallenblase.

Operation war gleichwohl nicht ohne Erfolg, weil die Patientin sich wegen der grossen Bauchnarbe nicht mehr schnüren kann. Auf demselben Weg erklären sich wohl auch die Aenderungen des anatomischen Verhaltens der operativ blossgelegten Leber gegenüber dem perkutorischen Befund oder selbst dem Zustand bei der Eröffnung der Bauchhöhle: die tiefe Rinne, aus welcher die mit Steinen prall gefüllte Gallenblase ausgeschält worden ist, flacht sich, fast unter dem Messer, zur seichten Furche ab; ein dick vorgewulsteter linker Lappen erscheint wenige Minuten nach dem Lösen von Netzsträngen scharfrandig wie in der Norm usf. Und nun kommen wir zurück zu der Frage nach der Beteiligung der Nachbarorgane an den Druckdeformationen. Vor allem scheint es mir jetzt am Platze, auf die wie erwähnt schon von Cruveilhier beschriebenen sagittalen Furchen auf der Konvexität zurückzukommen. Hier handelt es sich um akut entstehende Druckdeformationen; das beweist uns die absolut normale Beschaffenheit des Lebergewebes und des Peritonealüberzuges, soweit er in das Gebiet der Furche fällt. Die Furchen rühren aber nicht von Faltungen des Zwerchfelles her, sondern sie entsprechen genau — wie man gelegentlich an ganz frischen Leichen sehen kann — stark kontrahierten Muskelbündeln des Diaphragma. Gelegentlich findet man auch in der Milz solche Abdrücke. Und soweit meine Beobachtungen reichen, finden sich diese Zwerchfellabdrücke am ausgeprägtesten da, wo ein schwerer Todeskampf mit langem dyspnoischem Ringen stattgefunden hat. — Eine andere Art der Kompressionsfurche im Lebergewebe findet sich auf der Konvexität: bei Individuen, bei welchen jeder Verdacht auf Schnüren etc. ausgeschlossen ist, vor allem hydropischen mit tuberkulösen Veränderungen, ist die vergrösserte Leber auf der Konvexität des linken Lappens quer eingedrückt durch den Rand des Rippenbogens Die mächtig aufgetriebenen Därme haben die Substanz von unten her gegen den Knorpelrand gedrückt. Merkwürdiger noch ist das Entstehen einer Impression durch eine seltenere Lagenveränderung des Querdarmes: Wenn dieser sich unter bestimmten Verhältnissen, nämlich starker Auftreibung bei leerem Dünndarm, vor die Leber gelagert hat (Fig. 5 und 6) — es kommt vor, dass diese Verlagerung durch Adhäsionen der Netzschürze an der Konvexität dauernd fixiert wird —, dann findet sich eine seichte Impression auf der Konvexität, bedingt durch den Druck des zwischen Diaphragma und Leber eingezwängten Darmes (Fig. 7).

So bleibt bei aller Einschränkung des Heranziehens der Plastizität des Lebergewebes noch manches, worüber die Mög-

lichkeit einer passiven Formveränderung durch Aenderung der Blutfülle Aufschluss zu geben vermag. Es handelt sich dabei keineswegs um eine nur der Leber zukommende Eigentümlichkeit; auch bei anderen Organen werden die Schwankungen des Blutdruckes und der Blutverteilung unter Umständen Veränderungen der Form und der Grösse bewirken können. Nirgends aber — allenfalls die Milz ausgenommen — werden diese Schwankungen den Grad erreichen können, wie bei der Leber, dem „kavernös-drüsigen" Gebilde, dessen Blutbahnen ohnehin durch die Eigenart ihrer Herkunft grössere Füllungsschwankungen erfahren als irgend andere im Körper. Von dieser Erwägung ausgehend, wird es sich vielleicht lohnen, in der klinischen Untersuchung der Beachtung der respiratorischen Verschiebungen und der Volumschwankungen der Leber auch die Prüfung auf partielle Veränderungen ihrer Form durch plastische Anpassung anzureihen.

Ordentliche Sitzung vom 19. Oktober 1908 abends 7 Uhr im Hörsaal des Dr. Senckenbergischen Bibliothekgebäudes.

Vorsitzender: Herr Laquer.
Schriftführer: Herr Cahen-Brach.

Protokollverlesung.

Der Vorsitzende widmet dem verstorbenen Herrn Jakob Bockenheimer einen warmen Nachruf. Ihm zu Ehren erhebt sich die Versammlung.

Eingegangen: Einladung der Verwaltungskommission für das städtische Völkermuseum zur Neueröffnung des Museums.

Schreiben der Senckenbergischen naturforschenden Gesellschaft, in dem als Redner zu der eben erwähnten Feier für eine Reihe wissenschaftlicher Korporationen der Delegierte der Stiftungsadministration vorgeschlagen wird. Die Versammlung stimmt zu.

Schreiben der Zentralstelle für Volkswohlfahrt, Berlin, in dem die Bitte um regelmässige Uebersendung des Jahresberichtes des Vereins ausgesprochen wird. Soll abschlägig beantwortet werden.

Vom Kaufmännischen Vereine eine Eintrittskarte zu dessen Vorlesungen für den Vorstand.

Herr **Deutsch** stellt ein Kind mit **Mongolenfleck** vor.

Nachträgliche Diskussionsbemerkung des Herrn Berg zu der Demonstration des Herrn F. Straus vom 21. September:

Zu dem Fall von **rezidivierendem Blasenkarzinom**, den Herr Straus während meiner Abwesenheit hier vorgestellt, möchte ich, da derselbe von mir behandelt worden ist, einige Worte sagen.

Der 36jährige Mann kam am 15. Mai 1907 zu mir wegen Hämaturie, die seit 8 Tagen bestand. Die zystoskopische Untersuchung ergab etwa in der Mitte der linken vorderen Blasenwand einen etwa kastaniengrossen Tumor mit breiter infiltrierter Basis, von welcher sich der schwammförmige Kopf durch eine Einschnürung absetzte. Etwa 1 cm nach unten davon ein etwas kleinerer Tumor von derselben Gestalt, gleichfalls mit breiter, injizierter Basis. Rechte Leistendrüse intumesziert. Ich stellte die Diagnose auf malignen Tumor und wies den Mann aus ökonomischen Gründen in das Hospital zum heiligen Geist, wo von dem Kollegen Talcke unter meiner

Assistenz am 4. Juni die Exstirpation der Neoplasmen durch eine ausgedehnte Resektion der Blasenwand erfolgte. Die histologische Untersuchung durch Herrn Prof. Albrecht ergab: Medulläres Karzinom der Blase, die exzidierten Stücke bis zur Basis durchsetzend. Es persistiert eine kleine Blasenfistel, die sich am 2. VII. schliesst. Pat. wird am 11. VII. entlassen mit einer Blasenkapazität von 230 g, klarem Harn und Körpergewichtszunahme von 3 Pfund. Die zystoskopische Revision am 27. VIII. weist ausser einem geringen bulbösen Oedem an der Operationsstelle nichts verdächtiges auf. Das erfahrungsgemäss unvermeidliche Rezidiv hat lange genug auf sich warten lassen. In Anbetracht dessen dürfte in Zukunft wohl bei Verdacht auf Malignität des Tumors die endovesikale Operation die Operation der Wahl werden.

Im Namen des am Erscheinen verhinderten Herrn F. Straus erklärt der Vorsitzende, dass ersterer bei Uebernahme des von Herrn Berg erwähnten Falles von Blasenkarzinom mit dem vorbehandelnden Arzte am Heiliggeisthospital Rücksprache genommen habe.

Herr **Goldschmid: Demonstrationen:**

I. **Lues.**

1. Kindskopfgrosser Gummiknoten der Leber (Lobus caudatus). Mesaortitis ascendens luetica. Pneumonie. 43 jährige Frau.

2. Typisches kleines Hepar lobatum. Mesaortitis luetica. Pneumonie. 62 jährige Frau.

3. Hepatitis interstitialis Feuersteinleber) bei Lues congenita. 3 Monate altes Mädchen.

4. Kleines, sackförmiges Aortenaneurysma im Bogen, sich in den Oesophagus vorwölbend, von wandständigen Thromben austapeziert. Mesaortitis luetica. Vorgeschrittene Lungentuberkulose. Käsige Pneumonie. 37 jährige Frau.

5. Herzgummen bei Lues congenita in der Wand des rechten Ventrikels, in der Vorderwand des linken Ventrikels, im Septum. Osteochondritis syphilitica. Papulöses Exanthem. Rhinitis. 4 Wochen altes Mädchen.

II. **Endokarditis.**

6. Hochgradige, knopflochförmige Stenose und Insuffizienz der Mitralklappen; Stenose und Insuffizienz der Aortenklappen mit atheromatösen Geschwüren. Bronchopneumonie. 32 jähriger Arbeiter.

7. Zerfallendes, polypöses, tiefsitzendes Oesophaguskarzinom, bis zur Kardia reichend mit chronischer rekurrierender, verruköser Endokarditis der Aortenklappen. Diffuse spindelförmige Erweiterung der Aorta (Lues?). Chronische fibröse Mitralendokarditis. Bronchopneumonien. 62 jährige Frau.

8. Stenosierende, kalkulöse und subakute verruköse Endokarditis der Aortenklappen mit baumförmiger Anordnung der Auflagerungen; die gleichen, weniger stark ausgeprägten Veränderungen der Mitralklappen. Retrahierende Endokarditis der Tricuspidalis. 29 jähriger Taglöhner.

III. **Varia.**

9. Darmatresie: Stenose im mittleren Ileum, zu- und abführende Schlinge gebläht. Dazwischen fehlt ein Stück des Darmes, ebenso Defekt des Mesenterii. Perforation der zuführenden Schlinge. Exitus an Peritonitis; 2 Tage alter Knabe.

10. Darmatresie eines 8 Tage alten Knaben. 3 cm lange Atresie des unteren Jejunum, 1 cm lange im unteren Ileum. Operative Enterostomie am Jejunum bei hochgradiger Dilatation und Hypertrophie der Wandungen der oberen Darmschlingen und des Magens. Atrophie. Exitus.

11. Perforation eines Ulcus ventriculi rotundum, Operation bei diffuser eitriger Peritonitis. Die Serosa von Duodenum und Jejunum über dem Ulcusgrund verwachsen. Andeutung von natürlicher Heilung. Hochgradige Kyphoskoliose. 31 jährige Frau.

Der Vorsitzende dankt dem Vorredner für die trefflichen Vorstellungen, die er so häufig dem Vereine gebracht hat und wünscht ihm, da er im Begriff steht zu scheiden, für seine fernere Laufbahn viel Glück.

Bei der Wahl der für die Aerztekammer aufzustellenden 8 Kandidaten und deren Stellvertreter werden durch Akklamation die bisherigen Mitglieder und deren Stellvertreter wieder ernannt, somit die Herren: a) Mitglieder: E. Cohn, Daube, Ebenau, Eiermann, Fridberg, E. Hübner, Jaffé, A. Knoblauch; b) Stellverteter: Baerwindt, Hirschberg, Hohenemser, A. Nebel, Nohstadt, Oehler, Scheven, v. Wild.

Herr **Roehl: Ueber Tryparosan.**

Tryparosan, ein halogeniertes Parafuchsin, übertrifft das einfache Parafuchsin in der therapeutischen Wirkung gegen Trypanosomen. Es ist ungiftiger und nicht so indurativ als Parafuchsin. Mäuse mit manifester Blutinfektion wurden durch eine einmalige subkutane Injektion stets sicher dauernd geheilt. Auch per os wird das Tryparosan gut resorbiert. Sowohl nach Parafuchsin wie nach Tryparosan verlief oft bei ungenügender erstmaliger Behandlung das dann auftretende Rezidiv chronisch, die Virulenz der Trypanosomen war verringert. Diese Mitigation der Trypanosomen wurde nie bei Behandlung mit Arsenikalien beobachtet. Das Tryparosan ist an absoluter Heilwirkung den wirksamsten Arsenpräparaten nicht ebenbürtig, aber infolge seiner mitigierenden Wirkung, seines anderen Angriffspunktes am Rezeptorenapparat der Trypanosomen und seiner differenten Verteilung im Körper verdient es, als Kombinationsmittel gegen die Schlafkrankheit angewandt zu werden.

Herr **Neisser: Ueber Keuchhusten.**

Unter den akuten Infektionskrankheiten der Kinder spielt in Frankfurt der Keuchhusten die grösste Rolle, wie an der Statistik der letzten 13 Jahre gezeigt wird. Auch hier zeigt die Keuchhustensterblichkeit dieselben beiden Eigentümlichkeiten, wie überall sonst: der grössere Teil der Keuchhustentodesfälle betrifft das Lebensalter 0—1, und die Hinfälligkeit der Mädchen ist eine erheblich grössere als die der Knaben, wie

Vortragender ja schon früher für Europa, Amerika, Japan und Australien gezeigt hat. Der Keuchhusten ist in neuerer Zeit auch bakteriologisch viel untersucht worden. Von den beschriebenen Bakterien war es die Gruppe der influenzaähnlichen Stäbchen, welche durch das häufige Vorkommen und den Befund in der Leiche Interesse erregte, aber es fehlten gleichwohl Beweise für die ätiologische Bedeutung.

Bezüglich des Bordetschen Bazillus und seiner Bedeutung für den Keuchhusten berichtet der Vortragende über die in seiner Abteilung ausgeführten Untersuchungen des Medizinalpraktikanten Herrn Seiffert, über die derselbe ausführlicher in der Münch. med. Wochenschr. (vergl. d. No., S. 131) sich auslässt.

Die Anfrage des Herrn H. Rehn, ob ihm der den gleichen Stoff behandelnde Vortrag von Arnheim (Berliner medizinische Gesellschaft am 24. Juni d. J.) bekannt sei, bejaht der Vortragende.

Ordentliche Sitzung vom 2. November 1908 abends 7 Uhr im Hörsaal des Dr. Senckenbergischen Bibliothekgebäudes.

Vorsitzender: Herr Edinger.
Schriftführer: Herr Cahen-Brach.

Protokollverlesung.

Der Vorsitzende begrüsst den zum ersten Male anwesenden Herrn Bern. Fischer.

Eingegangen:

Dankschreiben der Familie des verstorbenen Herrn Jac. Herm. Bockenheimer, zugleich mit der Mitteilung, dass letzterer durch letztwillige Verfügung vom 21. Februar d. J. dem Verein 1000 M. vermacht habe.

Bekanntmachung des Aerztevereinsbundes betreffs der Mitgliederbeiträge.

Aufforderung der vom Deutschen Aerztevereinsbund eingesetzten Kommission zur Bekämpfung der Kurpfuscherei zur Einsendung von Material.

Tagesordnung der Sitzung der Wissenschaftlichen Vereinigung am städtischen Krankenhaus vom 10. ds. Mts.

Ankündigung der Milchkuranstalt des Herrn Joseph Hersche aus Soden i. T. betreffs Lieferung von Kefir und Yoghurt.

Anfrage des Herrn F. Lampert-München wegen Errichtung eines Instituts zur Einziehung der ärztlichen Forderungen.

Vorschläge der Senckenbergischen Bibliothek.

Schreiben des Herrn Dr. Wildner-Eschau (Unterfranken) betreffs Aufnahme von Erholungsbedürftigen.

Schreiben des Herrn Rothschild-Gross-Auheim betreffs der Kampftaxe gegenüber dem Verband Deutscher Lebensversicherungsgesellschaften.

Hierbei kommt der Vorsitzende auf das Rundschreiben zu sprechen, das vor kurzem der stellvertretende Vorsitzende an die Vereinsmitglieder in jener Angelegenheit hat ergehen lassen.

Einladung des Vorstandes des Bethanienvereins, Gaussstrasse, zur Eröffnung des neuen Hauses im Prüfling.

Danksagung der Wetterauischen Gesellschaft für die gesamte Naturkunde zu Hanau.

Einladung der Vereinigung südwestdeutscher Kinderärzte zu der am 13. Dezember d. J. in Frankfurt a. M. stattfindenden Versammlung.

Herr Bernhard Fischer dankt für die warme Begrüssung des Herrn Vorsitzenden. Er verspricht, seine ganze Kraft seinem neuen Amt zu widmen und bittet hierbei um die Unterstützung sämtlicher Kollegen.

Hiernach demonstriert er einige Präparate aus dem pathologischen Institut.

1. Mehrere **Ulcera rotunda ventriculi** in verschiedenen Stadien.
2. **Polyposis** des Dickdarms mit Karzinom an der rechten Flexur.
3. **Tuberkulöse Darmstenosen.**
4. Ausgedehnter **Soor** des Oesophagus und des Kehlkopfes bei einem *22* jährigen Mädchen.
5. **Embolische Lungenabszesse** nach Periostitis phlegmonosa des Kiefers bei Zahnkaries.
6. **Einseitige disseminierte Lungentuberkulose** (rechts) bei Durchbruch einer verkästen Bronchialdrüse in den rechten Hauptbronchus.

Herr **Deutsch: Zur Säuglingsernährung.**

Der Vortragende berichtet nach kurzer Besprechung der älteren Anschauungen über die neuen Forschungsergebnisse in der Säuglingsernährung, wonach die Ernährungsstörungen der Säuglinge grösstenteils nicht als Darmerkrankungen, sondern als Stoffwechselstörungen, die Darmstörungen als deren spätere Folgeerscheinungen aufzufassen sind (Finkelstein, Czerny-Keller). Die Grundlagen dieser umwälzenden Anschauungen sind: klinisch-experimentelle Beobachtung, methodische Ernährungs- und Stoffwechseluntersuchungen mit den einzelnen Nahrungskomponenten (Eiweiss, Fett, Kohlehydrate, Mineralien, Molke). Ihre wichtigsten Ergebnisse sind: Skepsis und Vorsicht in der künstlichen Ernährung überhaupt, individualisierende Handhabung derselben — Aufstellung umgrenzter Krankheitsbilder (Milchnährschaden, Mehlnährschaden, exsudative Diathese, Spasmophilie (Czerny), Bilanzstörung, Dekomposition, Intoxikation (Finkelstein), — Aufstellung therapeutischer Indikationen.

In diesem Rahmen ist das chronische Ekzem der Säuglinge von Czerny als Teilerscheinung einer konstitutionellen Anomalie erkannt und mit der Ernährung in Zusammenhang gebracht worden. Der Vortragende hat sich seit etwa 2 Jahren bemüht, durch genauere Untersuchungen und methodische Ernährungsversuche diesem Zusammenhang näher zu kommen, und bei einer Anzahl solcher Fälle den Einfluss von Ueberernährung, Unterernährung, der Frauenmilch, des Fettes, der Molke und der Vegetabilien auf den Verlauf der Exsudationserscheinungen zu studieren. Er ist zu dem Ergebnis gekommen, dass das Milchfett und die Molke gemeinsam die Schädlichkeit ausmachen. Molkenfreie Nahrungsgemische wirken deutlich auf die Heilung ein, fettfreie ebenfalls, aber weniger; am sichersten jedoch molke- und fettfreie Kost. Mit der von Finkelstein angegebenen salzarmen und fettreichen Kost hat der Vortragende und andere unbefriedigende Erfahrungen

gemacht, einzelne Autoren haben unangenehme Nebenwirkungen (Gewichtsverluste, Kollaps gesehen).

D. behandelt das Säuglingsekzem mit einer Suppe („Eiweissuppe), die analog einer Kellerschen Malzsuppe ohne Milch, aus 10 Proz. Malzextrakt, 5 Proz. Mehl und 1 Proz. Nutrose in Wasser zubereitet wird. Dieselbe enthält demnach 2 Proz. Eiweiss (davon 1 Proz. Kasein), 0,05 Proz. Fett, 11 Proz. Kohlehydrate, 0,37 Proz. Mineralien. Ihr Brennwert ist berechnet auf 520 Kalorien, experimentell bestimmt auf 470 Kalorien pro 1 Liter. Der Tagesbedarf berechnet sich entsprechend dem Energiequotienten durchschnittlich auf etwa 200 g auf 1 kg Körpergewicht.

Der Vortr. berichtet unter Vorlage der Kurven über 14 Fälle, denen diese Kost verabreicht wurde, darunter 6 Fälle mit ausgebreiteten, teilweise alten Hauterkrankungen. 3 dieser Kinder waren an der Brust erkrankt; ihnen wurden 2—3 Mahlzeiten an der Brust gelassen. Die Suppe wurde fast immer gern genommen und gut vertragen; in keinem Falle hat sie Schaden oder auch nur Gewichtsverlust gebracht. Der Erfolg ist nur in einem Fall ausgeblieben. In einigen Fällen ging der Ausschlag auffallend rasch zurück. In 2 Fällen traten einige Zeit nach Aufgeben der Regimes leichte Rezidive ein.

Ferner wurde die Kost in einem Falle von Säuglingsasthma und in einigen Fällen von Spasmophilie gegeben, doch erlauben diese Fälle kein Urteil. In einem Falle ausgesprochener Tiermilchidiosynkrasie (beim Versuch des Abstillens Durchfall und Eklampsie, bei jedem neuen Versuch Durchfall und Allgemeinstörungen, sobald einschleichend 50 g Kuhmilch, Buttermilch oder Ziegenmilch erreicht war, wurde die „Eiweisssuppe" neben der schwach sezernierenden Brust 8 Monate hindurch mit sehr befriedigendem Ernährungserfolg gegeben.

Die Gewichtszunahmen waren bei Darreichung der Suppe allein nur einige Male gut, meistens ganz ungenügend. Wohl nicht infolge eigentlicher Unterernährung, sondern negativer Salzbilanz; wenigstens ging in fast allen Fällen die flache Gewichtskurve rasch steil in die Höhe, sobald kleine Mengen Frauenmilch oder auch nur Gemüsesuppe daneben gegeben wurde.

Deshalb empfiehlt es sich, die „Eiweisssuppe" nur im Anfang der Behandlung allein zu reichen (längere Darreichung scheint gefährlich), jüngeren Säuglingen etwas Ammenmilch, älteren Suppe, oder Gemüse und Brot daneben zu geben, aber keine Kuhmilch.

Diskussion: Herr Th. Baer kann die von Deutsch beobachteten günstigen Erfahrungen mit der Eiweissuppe nur be-

stätigen. Er erwähnt speziell zwei schwere Fälle von chronischem Ekzem bei Kindern, bei denen eine monatelang fortgesetzte Therapie mit den verschiedensten äusseren Mitteln ohne jeden Erfolg war. Kurze Zeit nach Verabreichung der veränderten Nahrung heilten die Ekzeme. Dass hier in der Tat die veränderte Ernährung die Heilung des Ekzems herbeiführte, zeigte sich an einem Falle, bei welchem nach Aussetzen der Eiweissuppe das Ekzem sofort rezidivierte, um nach neuerlicher Darreichung zu verschwinden.

Herr Cuno.

Herr Rosenhaupt: Durch Veröffentlichungen von Czerny und durch die Beobachtung, dass vorwiegend überernährte Säuglinge das typische Ekzem der exsudativen Diathese zeigen, veranlasst, lege ich schon seit mehreren Jahren den Hauptwert auf die diätetische Behandlung. Im Gegensatz zu Herrn Kollegen Deutsch bin ich jedoch der Ansicht, dass mehr die quantitative Verminderung der Nahrung nach ihrem kalorischen Wert, als die qualitative Veränderung von Bedeutung ist. Dafür scheint mir schon die Tatsache zu sprechen, dass nach konsumierenden Krankheiten die Ekzeme spontan verschwinden. Allerdings scheint mir die Verringerung der Fettzufuhr von Bedeutung, während die Molke als ätiologischer Faktor meines Erachtens unwesentlich ist. Dafür sprechen meine Erfolge bei einer Ernährung mit Magermilch, die noch dadurch in ihrem klinisch-experimentellen Wert gestützt werden, dass ich bei Rückkehr zur Vollmilch ein promptes Rezidiv auftreten sah.

Ein Absetzen der Brustkinder ist wohl nie indiziert. — Mehr geeignet als die vom Vortr. empfohlene Methode, wenn möglich, noch ein zweites Kind anzulegen, erscheint mir die, das Kind nur kurz anzulegen und seinem Flüssigkeitsbedürfnis durch eine Beigabe einer nahrstoffarmen Flüssigkeit (Thee, Schleimabkochung mit Saccharin) zu genügen. Das Anlegen eines zweiten Kindes führt sicher oft durch Vermehrung des physiologischen Saugreizes zur unerwünschten Vermehrung der Milchmenge.

Herren H. Rehn, Hirschberg, Hohenemser.

Herr Deutsch erwidert Herrn Cuno und Herrn Rosenhaupt, dass man nach seinen Ergebnissen eben nicht mit Unterernährung, auch nicht mit Entziehung der Molke allein oder des Fettes allein auskomme, sondern, dass beide unter Erhaltung des nötigen Kalorienbetrages aus der Nahrung entfernt werden müssen. — Mit Reduktion der Nahrung wurde kein ausreichender Erfolg erzielt; ebensowenig mit der fettarmen holländischen Säuglingsnahrung oder mit Magermilch, mit der überhaupt keine genügende Ernährung möglich ist. Die von Czerny empfohlene Diät lässt sich erst für ältere Säuglinge richtig durchführen; dem Vortragenden hat sie weniger geleistet als das ganz milchfreie Regime. Herrn Hirschberg gegenüber bemerkt D.: Die konstitutionellen Ekzeme unterscheiden sich durch Aussehen, Sitz und Ausdehnung oft gar nicht von den ektogenen; man muss nach anderen Zeichen der Diathese suchen.

Hierauf wird in eine Besprechung des **Kampfes des Aerztevereinsbundes mit den Lebensversicherungsgesellschaften** eingetreten.

Herr Eiermann: Im Anschluss an das zu Beginn der Sitzung verlesene Schreiben des Leipziger Verbandes gibt Redner ein kurzes Bild der historischen Entwicklung der ganzen Frage, aus der hervorgeht, dass der L. V. nur den ihm gewordenen Auftrag des Aerzte-

vereinsbundes bezw. Danziger Aerztetages ausführt. Er erwähnt das Protestschreiben, das von einer vor kurzem hier stattgehabten Versammlung von über 40 Vertrauensärzten an den Leipziger wirtschaftlichen Verband ergangen sei, und betont den Widerspruch, in den sich die Unterzeichner jener Resolution gebracht hätten, indem sie sich hierbei gegen einen Beschluss des Aerztetages wandten, bei dem sie ja selbst indirekt durch die dem Delegierten des ärztlichen Vereins zum Aerztetag gegebene Direktive mitgewirkt hätten. Ebenso nähmen sie Stellung gegen den ärztlichen Verein, dem alle Teilnehmer der Versammlung als Mitglieder angehören, nachdem dessen Vorstand vor wenigen Tagen zum Ausharren im Kampf, zur Unterstützung des L. V. und zur Unterzeichnung der von diesem gesandten Erklärung aufgefordert habe. Jetzt gebe es nur eine Parole: Bei der Stange bleiben.

Herr Streng erwidert Herrn Eiermann, dass er gemeinschaftlich mit Herrn Scholz eine Versammlung von Vertrauensärzten der verschiedenen Versicherungsgesellschaften einberufen habe, damit diese unter sich über die Beschlüsse des Leipziger Verbandes beraten sollten, da sie diejenigen seien, die zumeist von dem ganzen Streit betroffen sind.

Herr Hirschberg: Wenn auch die Resolution der Vertrauensärzte nicht als ein Votum betrachtet werden kann, das gegen einen Beschluss des ärztlichen Vereins gerichtet war — denn ein solcher lag nicht vor — so ist die Resolution doch als ein bedauerlicher taktischer Fehler zu bezeichnen, denn sie erschwert die Aktion des Leipziger Verbandes, welche nur dann erfolgreich für uns sein kann, wenn die Aerzte Deutschlands sich einstimmig ihm anschliessen. Uebrigens sind die beiden wesentlichen Forderungen des Leipziger Verbandes angenommen worden: 1. haben sich die versammelten Vertrauensärzte bereit erklärt, den Revers zu unterschreiben und ich hoffe, sie haben es bereits alle getan und 2. haben sie sich verpflichtet, den Gesellschaften zu schreiben, dass sie bis zur Erledigung der Angelegenheit auf der Kampftaxe bestehen müssten und ich hoffe, dass alle auch diese Verpflichtung erfüllt haben.

Herr Benario betont zunächst, dass Herr Eiermann keine authentische Schilderung der Versammlung geben könne, da er deren Verlauf nur durch dritte Personen kennen gelernt habe. Dann wendet er sich mit aller Entschiedenheit gegen die Auffassung, als ob die Besprechung eine Fronde gegen den L. W. V. gebildet habe; im Gegenteil wurden alle Teilnehmer verpflichtet, den Revers zu unterschreiben. Die Versammlung habe sich gegen die Kampfesart und besonders gegen das Wort „Kampftaxe" gewendet unter Betonung der verschiedenartigen Verhältnisse der Differenzen mit Lebensversicherungsgesellschaften und Krankenkassen. Die nach Leipzig abgesandte Resolution habe lediglich den Zweck verfolgt, zum baldigen Friedensschluss zu mahnen, da die Versicherungsärzte mit den Bezahlungen vollständig zufrieden sind und waren. — Im übrigen erkenne er keinem das Recht zu, über die Zweckmässigkeit einer privaten Besprechung zu entscheiden.

Herr Abraham: Nach der Mitteilung des Herrn Eiermann fand eine Besprechung unter einer Anzahl hiesiger Aerzte statt. Es wäre wünschenswert gewesen, wenn zu dieser Besprechung die hiesigen Vertreter des Leipziger Verbandes eingeladen worden wären, was nicht der Fall war.

Herr Hainebach: Die Behauptung des Herrn Benario, dass die Vertrauensärzte mit den von den Versicherungsgesellschaften gezahlten Honoraren ganz zufrieden seien, ist nicht richtig. Auf den Aerztetagen zu Münster und Danzig sind es gerade Versicherungsärzte gewesen, die die Hauptrufer im Streite waren. Eine Schädigung ihrer Interessen brauchen die Versicherungsärzte durch den jetzigen Kampfzustand nicht zu befürchten. Der L. V. besitzt schon die Mittel, um zu verhindern, dass die jetzigen Vertrauensärzte aus ihren Stellen verdrängt werden, da diese ja ev. gesperrt werden können.

Herr Hübner bemerkt, dass nach seiner Wahrnehmung die Anzahl der Kollegen ziemlich gross sei, die meinten, der Kampf hätte, wenn irgend möglich, vermieden werden sollen. Dem Aerzteverband machen sie natürlich keinen Vorwurf, sondern glauben, dass der Aerztetag sich nicht hätte auf ganz bestimmte Forderungen festlegen sollen. Die Unterzeichnung der Erklärung hält er für absolut geboten, daneben aber stehe dem einzelnen volle Freiheit der Kritik zu, die ja freilich jetzt zu spät kommt, aber doch dazu beiträgt, die Stimmung in der Aerzteschaft kund zu tun.

Herr Eiermann (Schlusswort) spricht zunächst seine Befriedigung darüber aus, aus der lebhaften Diskussion die Stimmung der Versammlung erkannt zu haben, was für ihn von Wert für die demnächstige Vertrauensmännerversammlung des L. V. sei. Die Auslegung, die Herr Benario dem Sinne der stattgehabten Vertrauensärzteversammlung und deren Resolution gegeben habe, sei ihm neu; bis jetzt habe er von zahlreichen Teilnehmern immer nur gehört, dass in der Versammlung gegen die Sache selbst, nicht gegen die Art der Behandlung der Frage durch den L. V. gesprochen worden sei. Das Recht zur Kritik habe er nie jemandem bestritten — das könne er am wenigsten — aber gegen die Art des Vorgehens und gegen das Forum, von dem dieses ausgehe, habe er sich gewandt. Und das sei auch sein Recht. Er sei nach wie vor der Ueberzeugung, dass die Resolution besser unterblieben wäre.

In einer persönlichen Bemerkung stellt Herr Benario fest, dass ihm nur durch den Schluss der Sitzung, auf den der Herr Vorsitzende gedrängt hat, unmöglich gemacht wurde, auf persönliche Bemerkungen des Herrn Eiermann zu erwidern, und ersucht um Aufnahme dieser Tatsache in das Protokoll.

Ordentliche Sitzung vom 16. November 1908 abends 7 Uhr im Hörsaal des Dr. Senckenbergischen Bibliothekgebäudes.

Vorsitzender: Herr Edinger.
Schriftführer: Herr Cahen-Brach.

Protokollverlesung.

Im Anschluss hieran gibt Herr Hirschberg seinem Bedauern darüber Ausdruck, dass nicht alle Kollegen, wie er gehofft hatte, den Revers in der Frage der Kampitaxe gegenüber den Lebensversicherungsgesellschaften unterschrieben hätten.

Dem verstorbenen Vereinsmitglied Herrn Alexander Glockler widmet der Vorsitzende einen warmen Nachruf. Ihm zu Ehren erhebt sich die Versammlung.

Hierauf wendet sich der Vorsitzende der Besprechung der Bibliothekverhältnisse zu. Er bemerkt, dass der Verein in Zukunft einen vermehrten Beitrag aufwenden müsste, um das Institut auf der Höhe zu erhalten. Zunächst seien Mark 172.50 Mehrausgaben für die Gehälter der Beamten und Mark 65.— für die Beschaffung von Büchern von auswärts und die Versendung ins Haus einzustellen, deren Bewilligung er beantragt. Dies geschieht einstimmig.

Da ferner der Versand des Jahresberichtes gänzlich in Unordnung geraten sei, müsse hier Abhilfe geschaffen werden. Die Erhohung des Beitrages, den der ärztliche Verein mit 12 Proz. zur Bibliothek zu leisten habe, betrage im nächsten Jahre im ganzen etwa 980 Mark, später etwa 1400 Mark. Bei einer solchen Mehrausgabe werde eine Hinaufsetzung des Mitgliederbeitrages und damit zugleich eine Satzungsänderung notwendig. Dem entspräche ein von 15 Mitgliedern unterschriebener Antrag Hirschberg und Genossen auf Aenderung des § 21 der Satzungen mit folgendem Wortlaut:

Der jährliche Beitrag wird für ordentliche Mitglieder auf 30 Mark, für ausserordentliche Mitglieder auf 10 Mark erhöht.

Zur ersten Beratung über diesen Antrag soll Montag, den 23. ds. eine ausserordentliche Sitzung stattfinden.

Herr **v. Mettenheimer** stellt ein 7monatliches Kind mit **Mongolenfleck** vor.

Herr Rosenhaupt: Dr. Siegfried Weiss-Wien hat eine Melkgarnitur zur hygienischen Kinder- und Kuhmilchgewinnung im Kleinen angegeben, die unter der Bezeichnung „Sterilac" in den

Handel gebracht wird. Die stallhygienischen Massnahmen in der Milchfiltration und Tiefkühlung, sowie die Reinhaltung der dazu nötigen Vorrichtungen werden durch ihn aus den Händen der oft hygienischen Neuerungen ablehnend gegenüberstehenden bäuerlichen Produzenten, in die Hände des Konsumenten verlegt, was bei dem Sommeraufenthalt auf dem Land mit Kindern von grosser Bedeutung ist. Eine etwa 1 Liter fassende Kanne, die in einem gut isolierten, zur Aufnahme der Kühlsole bestimmten Holzeimer steht, wird in den Stall gebracht, und es wird dann in die eingepasste Filtervorrichtung eingemolken.

Auf Anfrage des Herrn Cahen-Brach erklärt der Vortr., dass ihm Mitteilungen, wie sich der Apparat in der Praxis bewährt habe, nicht bekannt seien.

Herr **B. Fischer: Pathologisch-anatomische Demonstrationen:**

1. Grosses Magenulcus bei 47jähriger Frau, welches niemals klinische Ulcuserscheinungen gemacht hat, durch Arrosion der Arteria pankreatica zum Tode führend.
2. Polymorphzelliges Sarkom der rechten Inguinaldrüsen, in wenigen Wochen unter zahllosen Metastasen in Leber, Lungen, Herzmuskulatur usw. zum Tode führend.
3. Verschiedene Stadien der Diphtherie.
4. Methylenblauausscheidung in einer hydronephrotischen Niere nach Methylenblaufütterung.
5. Perforation des Oesophagus durch künstliches Gebiss. Jauchige Mediastinitis und Pleuraempyem.
6. Gallenblasenkarzinom mit Gallensteinen und Metastasen.
7. Obturierender Ureterstein, 56jährige Frau.
8. Differentialdiagnose zwischen Karzinom und Tuberkulose des Peritoneums.

Diskussion: Herren Lütje, v. Wild.

Herr Fischer: Meine Bemerkung betreffs des genetischen Zusammenhangs von Gallensteinen und Gallenblasenkrebs war nur ein kurzer Hinweis, sie konnte und sollte die Frage nicht eingehend behandeln. Die klinische Beobachtung kann natürlich in manchen Fällen es sehr wahrscheinlich machen, dass die Gallensteine das primäre Leiden waren — ein kausaler Zusammenhang zwischen beiden Erkrankungen wird damit noch keineswegs erwiesen. Stellt man die Frage an die Statistik, wie oft bei Gallensteinen Gallenblasenkrebs vorkommt, so ergibt sich eine so kleine Zahl, dass man einen Zusammenhang nicht daraus ableiten kann. Ich wollte nur darauf hinweisen, dass die Häufigkeit der Steine bei Gallenblasenkrebs auf dem Sektionstisch nichts beweist für eine ursächliche Rolle der Steine, denn kaum je sind die Bedingungen für die Steinbildung so günstig, wie bei einem Krebs der Gallenblase.

Ausserordentliche Sitzung vom 23. November 1908 abends 7 Uhr im Hörsaal des Dr. Senckenbergischen Bibliothekgebäudes.

Vorsitzender: Herr Edinger.
Schriftführer: Herr Cahen-Brach.

1. **Protokollverlesung.**

Dann wird in die Diskussion über den in der vorigen Sitzung eingebrachten Antrag Hirschberg und Gen. eingetreten.

Herr Laquer begreift es, dass die geplante Erhöhung des Mitgliederbeitrages in den jetzigen Zeiten wirtschaftlicher Depression ungelegen kommt. Man hatte auch gehofft, dass die Sadt mit einer Summe die Bibliothek unterstützen würde. Da dies leider nicht geschehen sei, so müssten wir selbst einspringen. Bei der Erhöhung des Mitgliederbeitrages entfiele andererseits die Nachforderung von 3 M., die man wiederholt habe machen müssen.

Der Vorsitzende bemerkt hierzu, dass die in Aussicht genommene Steigerung unseres Budgets nicht zur Anschaffung von Büchern dienen solle. Dies werde Aufgabe der Stadt sein, während unsere Mehreinnahmen für die Bestreitung der erhöhten Verwaltungskosten zu verwenden seien.

Für die Erhöhung des Jahresbeitrages tritt ferner Herr Rosenmeyer ein. Er wirft jedoch die Frage auf, wieso unser Verein, der keine wirtschaftlichen Ausgaben habe, mit einem Jahresbudget von etwa M. 14000.— nicht auskomme. Wünschenswert sei eine genaue Darlegung der Ausgaben, damit man sehen könne, wo sich Ersparnisse erzielen liessen.

Herr Flesch bedauert, dass die Stadt, die erst jüngst die Errichtung einer mathematischen Bibliothek ermöglicht hätte, nicht mindestens das gleiche Interesse der medizinischen Wissenschaft entgegenbringe. Deshalb stellte er den Antrag, man solle, statt den Mitgliederbeitrag zu erhöhen, lieber der Stadt ein Exposé über unsere Ausgaben vorlegen und um eine Unterstützung der Bibliothek einkommen.

Nach weiteren Bemerkungen der Herren Laquer, Hirschberg, Eiermann bringt Herr Scholz eine Uebersicht über die Ausgaben des Jahres 1907 und soweit möglich von 1908:

Ausgaben des Aerztlichen Vereins	1907	1908 bis Nov.
	M.	M.
Gehälter, Vergütungen	2019.—	2631.—
Bibliothek	2478.—	2741.—
Vereinsblatt	1590.—	1615.—
Drucksachen, Schreibhilfe, Porti	1692.—	1641.—
Vereinslokal	474.—	610.—
Epidiaskop	242.—	—
Berichtskosten	1607.—	500.—
Feuerversicherung auf 10 Jahre	732.—	—
Diverses	629.—	700.—

Herr Hirschberg fragt an, ob der Verein bei der Berufung des pathologischen Anatomen nur eine beratende oder auch eine beschliessende Stimme habe. Auf die Mitteilung, dass nur das erstere zutreffe, stellt er den Antrag, an die Administration der Dr. Senckenbergischen Stiftung ein Schreiben zu richten, in dem eine beschliessende Stimme beansprucht wird.

Dieser Antrag gelangt zur Annahme. Ebenso ein weiterer Antrag Hirschberg, eine Kommission zu ernennen, die bis zur nächsten Sitzung die Ausgaben des Vereins prüfen solle. Die Herren Laquer und Rosenmeyer werden mit dieser Aufgabe betraut.

Ferner wird dem Antrag Flesch zugestimmt, trotzdem Herr Vohsen sich von einer solchen Eingabe nichts verspricht und er die Wahl eines weiteren Arztes in die Stadtverordnetenversammlung für viel wichtiger erklärt. Herr Flesch und Herr Hanau sollen die Ausarbeitung des obenerwähnten Exposés übernehmen. Da ersterer erklärt, hierzu vorläufig keine Zeit zu besitzen, wird die Sache vertagt.

Nach der Feststellung, dass die zu einer Beschlussfassung über die beantragte Satzungsänderung notwendige Anzahl von $^2/_3$ der ordentlichen Mitglieder des Vereins, d. h. 216 von 324, nicht anwesend ist, wird die Abstimmung ebenfalls verschoben.

Anschliessend an die Beratung über die Bibliothekverhältnisse bemerkt Herr Altschul, dass zu der Erhaltung des Spiessschen Lesezirkes, der an die Bibliothek eine Anzahl Zeitschriften zum halben und zu $^1/_3$ des Preises liefere, der Eintritt einiger neuer Mitglieder notwendig sei.

Hierauf erhält Herr Vohsen das Wort zur Verlesung und Begründung seines von 15 Mitgliedern unterzeichneten Antrages, der folgendermassen lautet:

„Der ärztliche Verein zu Frankfurt a. M. verpflichtet seine Mitglieder, bis zur Erledigung des Konfliktes mit den Lebensversicherungsgesellschaften vertrauens- bezw. hausärztliche Atteste nur zu den von dem Vorstande des wirtschaftlichen Verbandes angeordneten und von der Vertrauensmännerversammlung gebilligten Kampfsätzen von M. 25.—, bezw. M. 15.— auszustellen. Für das abgekürzte (kleine) Attest für Volksversicherung sind M. 10.— zu berechnen.

Die Ausstellung verschleierter Aufnahmegutachten in Form von Privatattesten ist unstatthaft."

Redner greift zurück auf die Resolution der am 8. November zu Leipzig abgehaltenen Vertrauensmännerversammlung des L. V., die einstimmig angenommen worden sei. Auf die Uebermittelung dieser Entschliessung an den Versicherungsverband habe der Vorstand des L. V. die Antwort erhalten, dass er weitere Verhandlungen mit letzterem ablehnen müsse. Der daraufhin zusammenberufene Geschäftsausschuss des Aerztevereinsbundes sei am 23. ds. zu dem Beschluss gekommen, zu erklären, dass er ausserstande sei, die Verhandlungen mit dem Verbande deutscher Lebensversicherungsgesellschaften wieder aufzunehmen und dass er von den Bundesvereinen erwarte, dass sie die Massnahmen des L. V. zur wirksamsten Durchführung seitens ihrer Mitglieder bringen.

Dann weist Redner darauf hin, dass nicht sachliche, sondern unbegreiflicherweise persönliche Gründe den Versicherungsverband veranlasst hätten, Verhandlungen mit dem L. V. abzulehnen. Nachdem aber der Kampf uns aufgezwungen sei, müssten wir ihn auch energisch durchführen und zu diesem Zweck die Vereinsmitglieder auf die Kampftaxe verpflichten, ebenso, wie dies u. a. im Aerzteverein des Maingaues geschehen sei. Handelte es sich doch hier nicht um eine Frage der Humanität wie so häufig bei den Krankenkassen, sondern um eine rein kaufmännische Differenz mit z. T. sehr reichen Gesellschaften.

Redner empfiehlt darum eine möglichst einstimmige Annahme seines Antrages und Mitteilung an die Presse.

Herrn Hirschberg genügt der Antrag nicht, man müsse von den Mitgliedern des Vereins verlangen, dass sie Farbe bekennen. Wer sich nicht füge, habe auszutreten.

Herr E. Cohn kommt zurück auf die Verhandlungen der beiden letzten Aerztetage über die Lebensversicherungstaxen, denen er als Vertreter des Vereins beigewohnt hat, und betont, dass es sich jetzt darum handele, die Autorität des Aerztetages aufrecht zu erhalten. Dies könne aber nur geschehen, wenn die ärztlichen Vereine das etwaige Entgegenkommen einzelner Aerzte den Gesellschaften gegenüber als eine Verletzung der Standespflichten auffassten.

Herr Eiermann erinnert ebenfalls daran, dass die Aerzte es nicht an Entgegenkommen hätten fehlen lassen und ermahnt, mit ruhiger Festigkeit einer solchen Brüskierung des Versicherungsverbandes entgegenzutreten. Wenn Herr Vohsen vorhin von ängstlichen Kollegen gesprochen habe, die fürchteten, ihre Stellung zu verlieren, so müsse er auch hervorheben, dass noch solche in Betracht kämen, die gerne im Trüben fischen. Und gerade diese solle der Antrag Vohsen samt dem Antrag Hirschberg treffen.

Hierauf wird der Antrag Vohsen einstimmig angenommen.

Der Zusatzantrag Hirschberg, der gleichfalls allen Vereinsmitgliedern mitgeteilt werden soll, gelangt nach weiteren Bemerkungen der Herren Hanau, E. Cohn, Hirschberg, Laquer, Eiermann, Edinger, Flesch, Scholz mit allen gegen 4 Stimmen in folgender Fassung zur Annahme:

Des weiteren hat der Verein beschlossen: „Die angebogene Karte ist binnen 3 Tagen nach Empfang unterzeichnet an den Schriftführer

zurückzusenden. Zuwiderhandlungen gegen diese Beschlüsse werden von dem ärztlichen Verein als Verletzung der Standespflichten aufgefasst werden.

Der zu unterschreibende Revers soll lauten: Der Unterzeichnete hat von den ihm mitgeteilten Beschlüssen des Vereins vom 23. November Kenntnis genommen und wird danach handeln.

Von diesen Beschlüssen soll der Vorstand den Zeitungen Kenntnis geben.

Ausserordentliche Sitzung am 30. November 1908 abends 7 Uhr im Hörsaal des Dr. Senckenbergischen Bibliothekgebäudes.

Vorsitzender: Herr Edinger.
Schriftführer: Herr Cahen-Brach.

Verlesung des Protokolls.

Hierzu gibt Herr Eiermann die Erklärung ab, dass die Notiz, die er in den letzten Sitzung über einen auf der Reise befindlichen Kollegen gebracht habe, mehrfach so ausgelegt worden sei, als habe er dem betreffenden Kollegen eine Verletzung der Standespflichten vorwerfen wollen. Davon könne keine Rede sein, dies um so weniger, als an dem angeführten Briefe kein wahres Wort sei.

Der Vorsitzende berichtet, dass zwei Herren vom Vorstand vor Kurzem dem Vereinsmitglied Herrn Jean Schmidt zu seinem 80. Geburtstag die Glückwünsche des Vereins überbracht hätten und übermittelt den Dank des Jubilars.

Eingegangen ist ein Schreiben der Administration der Dr. Senkenbergischen Stiftung, indem sie unter Anführung der Gründe erklärt, dass sie nicht in der Lage sei, dem Wunsche des Vereins (s. v. Sitzung) stattzugeben. Auf die Bemerkung des Herrn Hirschberg, er habe das letze Mal überhört, dass der Verein bei der Berufung des pathologischen Anotomen eine beratende Stimme habe, sonst würde er nicht seinen Antrag gestellt haben, erwidert der Vorsitzende, auch die Stadt, ferner das Städtische Krankenhaus hätten dabei nur eine beratende Stimme.

Herr **S. Auerbach: Zur Gründung des Deutschen Lärmschutzverbandes.**

M. H. Der neugegründete „Deutsche Lärmschutzverband" hat sich die Aufgabe gestellt, alle Formen von unnötigem Lärm im öffentlichen wie im privaten Leben mit aller Energie zu bekämpfen. Der Einzelne ist auf diesem Gebiete, auf dem grösstenteils völlige Anarchie herrscht, machtlos. Und deshalb musste eine Organisation hier einsetzen. In England und Amerika bestehen bereits grosse Vereine dieser Art, die schon Bedeutendes geleistet haben. Auf welche Weise der Verband vorgehen will, das ersehen Sie aus dem Inhalt des Aufrufs, der Statuten sowie der ersten Nummer des Verbandsorgans, von denen ich eine Anzahl Exemplare hier herumgehe. Eins der Ziele des Vereins besteht darin, eine Gesetzgebung

herbeizuführen, welche Gesundheitsschädigungen durch Lärm verhüten soll. Dass ein Uebermass von Geräuschen ein krankmachendes Agens darstellt, dass es eine der Ursachen der Neurasthenie ist, darüber kann kein Zweifel bestehen. Noch jüngst hat dies Prof. Cramer-Göttingen in seinem Referat: „Ueber die Ursachen der Nervosität“ auf der Jahresversammlung des deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege in Wiesbaden nachdrücklichst betont. Die Bekämpfung des Lärms ist also von grosser hygienisch-prophylaktischer Bedeutung. Während nun das preussische Oberverwaltungs-Gericht und das Reichsgericht in ihrer Judikatur dies anerkennen, steht das Kammergericht, welches in Preussen die oberste Rekursinstanz bei Uebertretungen von Polizeiverordnungen ist, auf einem Standpunkte, der die wirklich bescheidenen Verfügungen der Gesundheitspolizei geradezu illusorisch macht. Wir müssen deshalb ein Reichsgesetz anstreben, welches diese für die Volksgesundheit so wichtigen Fragen regelt. Ich kann bei der Kürze der Zeit hierauf nicht näher eingehen; ich habe das ausführlicher in einem Aufsatz dargelegt, von dem ich mir ebenfalls gestatte, einige Exemplare herumzugeben. Ich will nur noch bemerken, dass sich das Zentralbureau des Verbandes in Hannover, Stoltzestrasse 12a befindet, und dass Privatdozent Dr. Lessing demselben vorsteht. Später sollen in allen grösseren Städten selbständige Ortsgruppen begründet werden. Der jährliche Mitglieds-Beitrag beträgt 3 Mark, bei Bezug der Monatsschrift 6 Mk. Ich möchte Sie bitten, meine Herren, in recht grosser Zahl beizutreten und in Ihren Kreisen für den Verein eifrig Propaganda zu machen.

Herr Laquer rät zur skeptischen Beurteilung der Sache Man müsse die Gründer des Verbandes daraufhin ansehen, ob sie nicht Neurastheniker seien. Die Kultur bringe sehr viel unvermeidbaren Lärm mit sich. Da die Frage, wie weit dieser die Gesundheit gefährde, sich nur subjektiv beantworten lasse, so sei eine gesetzliche Regelung nicht möglich.

Dem widerspricht Herr S. Auerbach. Nur der vermeidbare Lärm solle getroffen werden, wie der Klavierlärm, das Orgelspiel in Frankfurt am Mittwoch.

Im gleichen Sinne spricht sich Herr Hübner aus. Viele Kranke bedürften des Schutzes gegen das oft so aufdringliche Musizieren.

Herr S. Auerbach führt noch eine Entscheidung des Oberverwaltungsgerichtes an, nach der nicht nur gesunde, sondern auch nervöse Personen vor Schädigungen bewahrt werden müssten.

Hiernach wird die Diskussion über den Antrag Hirschberg und Gen. (s. vorigen Sitzungsbericht) wieder aufgenommen.

Herr Hirschberg fragt nach dem Ergebnis der Untersuchung, die die mit der Prüfung der Vereinsausgaben betraute Kommission vorgenommen habe. Nach der Erwiderung des Vorsitzenden, dass bis jetzt keine Mitteilung eingelaufen sei, wird der Antrag mit grosser Mehrheit angenommen.

Bezüglich einer Ersparnis für den Aerztlichen Verein erwähnt der Vorzitzende, dass die Einladungskarten zu den Sitzungen jährlich 700—800 Mk. kosteten. Diese Ausgabe liesse sich vielleicht vermeiden, wenn man ein hier erscheinendes Aerztliches Korrespondenzblatt gründe, das die Tagesordnungen brächte und daneben Annoncen von Chemischen Fabriken, Apotheken u. a. enthielte. Er stellt den Antrag, eine Kommission möge mit einer Druckerei oder

Annoncenfirma Verhandlungen anknüpfen und dem Verein darüber berichten.

Nach im Wesentlichen zustimmenden Bemerkungen der HH. Altschul, Eiermann, v. Wild, Jung-Marchand, Hirschberg wird die Angelegenheit einer aus den Herren Hübner, Laquer, Scholz bestehenden Kommission überwiesen.

Hiernach findet eine Verlesung und Besprechung einer Reihe Vorschläge statt, die von der Senckenbergischen Bibliothek der Bibliothekskomission des Aerztlichen Vereins vorgelegt und von letzterer geprüft worden sind.

Vorschläge der Bibliothekskommisssion.

I. Den Tauschverkehr betreffend.

Der Aerztliche Verein versendet seinen Jahresbericht jährlich in über 100 Exemplaren, erhält aber nur von 35 Korporationen eine Gegengabe; von diesen senden 14 ihre Publikationen ausserdem noch an die Senckenbergische Naturforschende Gesellschaft, für die sie eingebunden und aufgestellt werden. Nach Abzug einiger Redaktionen und hiesiger Anstalten, Vereine etc. bleiben 63 Korporationen, die überhaupt nicht oder seit Jahren keine Gegengabe geleistet haben. Sie sind durch die Bibliothekskommission aufzufordern zu einer Aeusserung darüber, welche Gegengabe sie von jetzt ab senden wollen; reagieren sie nicht, so werden sie von der Liste gestrichen.

II. Erwerbung eines zweiten Tauschobjektes.

Viele wertvolle Publikationen sind wohl im Tausche zu haben, aber nicht gegen den Jahresbericht des Aerztlichen Vereins. Vorschlag, 10 oder 20 Exemplare der Frankfurter Zeitschrift für Pathologie durch den Herausgeber vom Verleger zum Buchhändlerpreise für den Aerztlichen Verein erwerben zu lassen und in Austausch zu verschicken.

III. Neue Tauschbeziehungen; Vorschläge für Anschaffungen.

Annales de l'Institut Pasteur, Paris.
Arbeiten aus dem Institut für experimentelle Therapie Frankfurt a. M. (sehr wichtig).
Arbeiten aus dem Neurologischen Institut an der Wiener Universität hrsg. von Obersteiner. (Bd. 1–16 (1907); Bd. 1—10 M. 135.—. Bd. 11 ff. à M. 25.—.)
Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie.
Ergebnisse der Physiologie von Asher und Spiro.
American Journal of anatomy.
Die Deutsche Klinik hrsg. von Leyden u. Klemperer.
Handbuch der pathogenen Mikroorganismen von Kolle und Wassermann. (ca. M. 165.—.)
Kraepelin, Psychiatrie. I. II. (M. 37, 70.)
Ziehen, Psychiatrie. 3. Aufl. 1908. (M. 18.—.)

IV. Ausführung des Tauschverkehrs.

Der gesamte Tauschverkehr des Aerztlichen Vereins wird der Senckenbergischen Bibliothek übertragen. Sie erhält und nimmt in

Verwahrung vom Verleger des Jahresberichtes die nach Abzug der Exemplare für die Mitglieder übrigbleibende Auflage und führt über Ab- und Zugänge genau Buch; sie versendet die beiden Tauschobjekte, nimmt die Gegengaben in Empfang und führt die gesamte Tauschkorrespondenz. Sie entlastet den Schriftführer des Aerztlichen Vereins, indem sie die von auswärts eingehenden Reklamationen betr. Zusendung der Tauschschriften erledigt, indem sie alle auf dem Wege von Tausch oder Geschenk eingehende Schriften verdankt und den regelmässigen Eingang der Publikationen auswärtiger Tauschkontrahenten überwacht. Vor allem liegt ihr ob, der Bibliothekskommission des Aerztlichen Vereins zweckentsprechende Vorschläge für eine Erweiterung des Tauschverkehrs zu machen. Für diese Mehrarbeit im Interesse des Aerztlichen Vereins und seiner Wirksamkeit zahlt der Aerztliche Verein jährlich M. 600.— an die Kasse der Administration der Dr. Senckenbergischen Stiftung für das Gehaltskonto der Bibliotheksbeamten als ausserordentlichen Beitrag für die Vermehrung des Personals.

V. Bibliotheksbericht.

Der im Jahresbericht des Aerztlichen Vereins enthaltene Bericht über die Vermehrung der Bibliothek wird folgendermassen umgestaltet: die Aufzählung der in den Leseräumen aufliegenden Zeitschriften sowie die Aufführung aller Geschenke mit vollem Titel kommt in Fortfall; es werden nur die medizinischen Neuerwerbungen eines jeden Jahres an laufenden und Einzelwerken sowie die neuangeknüpften Tauschbeziehungen genannt; erstere auch für das Dr. Senckenbergische Medizinische Institut. Alles übrige kann entfallen, da darüber regelmässig in den „Bericht der Senckenbergischen Bibliothek“, der von 1908 ab jährlich in dem „Bericht der Senckenbergischen Naturforschenden Gesellschaft“ erscheint, berichtet wird. In grösseren Zwischenräumen soll eine Uebersicht über die in den letzten Jahren erfolgten wichtigen Neuerwerbungen des Aerztlichen Vereins in dessen Jahresbericht gegeben werden.

Das Bibliothekskonto betreffend.

Im Jahr 1903 wurden für Bücheranschaffungen vom Aerztlichen Verein M. 2460.— aufgewendet. Vom 1. Oktober 1907 bis 30. September 1908 betrugen die Aufwendungen für Bücherkauf rund M. 2260.—; einschliesslich der Buchbinderkosten waren es 1907/08 rund M. 2710.— gegen M. 3240 im Jahre 1903. Antrag, das Bibliothekskonto für 1909 auf M. 3000.— heraufzusetzen und einen etwaigen Ueberschuss unter allen Umständen für die Vermehrung der Bibliothek zu verwenden; ebenso etwaige Ersparnisse, die durch Rabattbewilligung oder billigeren Einkauf gemacht werden.

Der Verein beschliesst:

ad I im Sinne der Vorlage.

ad II sollen 10—20 Exemplare der Frankfurter Zeitschrift für Pathologie nur angeschafft werden, wenn der Verein Gegengaben erhält.

ad III die vorgeschlagenen Anschaffungen werden genehmigt.

ad IV desgleichen.

ad V desgleichen.

Herr Flesch gibt hierzu die Anregung, den Vereinsmitgliedern, die der Senckenbergischen Gesellschaft nicht angehören, ein Ver-

zeichnis der im Jahresbericht des Vereins nicht aufgeführten Neuanschaffungen zu übersenden.

ad VI wird nach Bemerkungen der Herren Ebenau, Edinger, Leop. Auerbach, Altschul, Scholz abgelehnt.

Herr Deutsch bringt vor, dass zur Unterstützung der Bibliothek, deren Bedürftigkeit die Diskussion wieder gelehrt habe, gern eine Anzahl Herren zu einer Art Patronatsverein zusammentreten würde.

Der Vorsitzende bemerkt hierzu, dass ein solcher Verein in der Bildung begriffen sei. Hierzu fordere schon der Umstand auf, dass der Aerztliche Verein nur 12% zu den Kosten der Bibliothek beisteuere, obgleich für ihn die teuersten Zeitschriften gehalten würden.

Auf Antrag des Herrn Gelhaar berichtet hierauf der Schriftführer über die eingelaufenen Antworten auf die in der vorigen Sitzung beschlossene Aufforderung.

Ordentliche Sitzung vom 7. Dezember 1908, Abends 7 Uhr, im Hörsaal der Dr. Senckenbergischen Bibliothekgebäudes.

Vorsitzender: Herr Edinger.
Schriftführer: Herr Cahen-Brach.

Verlesung des Protokolls.

Der Vorsitzende bringt vor, dass immer noch ein Mitglied für den Spiessschen Lesezirkel gesucht werde, dessen Fortbestehen für die Bibliothek von Wichtigkeit sei.

Ein von Herrn Scholz eingebrachter, von 17 Mitgliedern unterzeichneter Antrag auf Abänderung des § 19 der Satzungen in dem Sinne, dass hinter die Worte: „35 Jahre angehört haben", eingeschoben werde „und ihre Praxis niedergelegt haben" wird zurückgestellt, da eine Umarbeitung der Satzungen in Aussicht genommen ist.

Eingelaufen ist eine von 13 Mitgliedern unterschriebene Anfrage Eiermann:

„Was gedenkt der Herr Vorsitzende in Verfolg des Beschlusses vom 23. November d. Js. gegen diejenigen Mitglieder des Vereins zu tun, die die Verpflichtung auf Einhaltung der Beschlüsse bis 30. November nicht unterzeichnet haben?"

Der Vorsitzende berichtet hierauf, dass von den 324 ordentlichen Mitgliedern des Vereins 14 teils nicht geantwortet, teils abgeschrieben haben. Von den 110 ausserordentlichen Mitgliedern haben ausser einem nur theoretisch arbeitenden Kollegen alle hier ansässigen, von den auswärtigen alle bis auf 13 zugeschrieben; diese letzteren zum Teil offenbar deshalb nicht, da sie im Winter ihren Aufenthalt gewechselt haben. Unleserlich waren 3 Unterschriften.

Mit der weiteren Behandlung der Angelegenheit sei der Ausschuss für Standesfragen betraut worden.

Herr **B. Fischer: Pathologisch-anatomische Demonstrationen:**

1. Aorteninsuffizienz bei Aortitis luetica, anatomische Befunde bei Insuffizienz der Herzklappen.
2. Rekurrierende Endokarditis der Mitralis.
3. Käsige Pneumonie. Wirbelkaries.
4. Akute hämorrhagische Nephritis. Sepsis.
5. Eine Reihe von Karzinomfällen, darunter ein Gesichtskarzinom, angeblich seit 38 Jahren bestehend.
6. Adenosarkom der Niere, 2½ jähriges Kind. Ausgedehnte Geschwülste im Peritonealraum.

Herr **J. Veis:** Ein 20 jähriges Telephonfräulein bekam von einem Teilnehmer ins Ohr geläutet und bot am nächsten Tage das Bild der **traumatischen Trommelfellruptur,** die in kurzer Zeit mit Restitutio ad integr. heilte. Der Teilnehmer wurde haftpflichtig gemacht und

trug freiwillig die Kosten. In der Literatur konnte V. keinen analogen Fall finden, denn gewöhnlich entstehen durch das „Hineinläuten" nur subjektive Beschwerden, die sich in der Regel rasch wieder verlieren. Durch „Starkstrom" (Blitz und geplatzte Strassenbahndrähte) sind 3 mal in der Literatur stärkere Trommelfellverletzungen beschrieben, die vollständig geheilt sind, 27 andere Fälle boten infolge des Schocks nur das Bild der traumatischen Neurose und heilten entsprechend langsam oder gar nicht. Sowohl bei Schwachstrom (Hineinläuten) als bei Eindringen von Starkstrom in die Leitung trifft nie ein elektrischer Strom die Beamten, sondern die im Hörer befindliche Membran gerät event. in sehr heftige Schwingung und kann so rein mechanisch Schädigungen durch Knall und Luftdruck erzeugen. Zum Schluss gibt V. noch verschiedene Anregungen, um die Möglichkeit von Schädigungen der Beamten und Teilnehmer noch mehr auszuschalten.

Diskussion: Herr Julius Friedländer stimmt mit dem Vortragenden darin überein, dass eine spezifische Telephonistenkrankheit funktioneller oder organischer Natur nicht existiert, sondern dass diese Fälle, die auch der Nervenarzt kennt, zumeist dem Bilde der traumatischen Neurose entsprechen und in ihr Gebiet gehören. Dem Wunsche des Vortragenden, dass im gesundheitlichen Interesse der Telephonbeamtinnen die Kurbel der Apparate zur Verhütung ihres Missbrauches prinzipiell abgeschafft werden möge, kann sich aber F. nicht anschliessen, da diese Einrichtung, die in einigen Grossstädten bereits besteht, für das Publikum keine Verbesserung, sondern eine Erschwerung des Fernsprechverkehrs darstellt.

Herr **Rosenhaupt:** Demonstration eines **lebenden Amelus.**

Herr **Franz M. Groedel**-Bad Nauheim: **Die Röntgenuntersuchung des Darmes.**

Die Röntgenuntersuchung des Darmes leistet uns vortreffliche Dienste für die topische und funktionelle Diagnostik der Darmkrankheiten. Die heute besonders benutzten Untersuchungsmethoden sind die Riedersche Wismutmahlzeit, das Wismutklystier und das Wismutbolusklystier. Vortr. geht näher auf die verschiedenen Methoden ein und warnt besonders vor der Verwendung des Bismutum subnitr., als dessen Ersatz er das Bi. carbon. seinerzeit eingeführt hat. Der Verlauf des Duodenums ist nicht immer nachweisbar. Meist ist nur die Pars horizontalis teilweise zu erkennen. G. demonstriert eine seltene Platte, auf der die breite Pars horizontalis superior und die schmälere Pars desc. zu erkennen ist. Vom Dünndarm sind immer nur einzelne Schlingen sichtbar, da der Chymus ihn sehr schnell durcheilt. Zoekum und Colon ascend. stellen ein ampullenartiges, als Reservoir dienendes, Gebilde dar, in dem sich der ganze Darminhalt ansammelt. Die beiden Flexuren sind in der Regel an einer Gasblase zu erkennen, und zwar steht fast immer die linke Flexur höher wie die rechte. Zwischen beiden Flexuren ist guirlandenförmig das Colon transv. aus-

gespannt, an den Vorsprüngen der Haustren leicht erkennbar. Das Colon desc., das S. romanum und die Ampulle sind in ihrer ganzen Ausdehnung sichtbar. Für eine schnelle Uebersicht, besonders bei Verdacht auf Darmstenose, eignet sich am besten der Einlauf, der mit einem einfachen Irrigator und ganz kurzem Darmrohr, wenn möglich in Knieellenbogenlage gegeben wird. Der Darm wird stets vollkommen bis zur Bauhinschen Klappe gefüllt, darüber hinaus aber nicht. Die hohe Einführung eines Darmrohres ist nicht nötig, meist auch nicht oder schwer möglich, da sich der Schlauch in der Regel in der Ampulle aufrollt. Für die Motilitätsprüfung verwendet man die Wismutmahlzeit. Sehr bald nach der Nahrungsaufnahme beginnt die Entleerung des Magens. In der Pars horizontalis duodeni hält sich der Chymus kurze Zeit auf, durch die Pars desc. wird er schneller befördert. Auch der Dünndarm wird schnell durcheilt. Schon 2 Stunden nach der Nahrungsaufnahme kann das Zoekum sich füllen, nach 4—6 Stunden fast gleichzeitig mit der vollkommenen Entleerung des Magens, ist auch in der Regel das ganze Colon asc. prall gefüllt. Dann schiebt sich der Darminhalt nur sehr langsam vor und erreicht nach 12 Stunden gewöhnlich die 1. Flexur, nach 24 bis längstens 48 Stunden die Ampulle. Unter den pathologischen Veränderungen des Darmes interessieren uns besonders die häufigen Verwachsungen und die Koloptose. An der Darmsenkung nimmt in der Regel nur das Colon transv., selten die Flexuren teil. In wenigen Fällen erkennt man als Ursache eine Verringerung des normalen Abstandes der Flexuren voneinander. Meist ist die Senkung des Querdarmes durch eine abnorme Längenzunahme bedingt. Wir sehen ihn dann V-W-Formen usw. annehmen. Die Koloptose ist fast immer mit Obstipation verbunden. Der Darminhalt rückt zwar in geschlossener Säule, aber sehr langsam vorwärts. In den hartnäckigsten Fällen, wo wir 8—14 Tage lang das Wismut im Darm sehen, wird der Darminhalt in einzelnen Kugeln vorgeschoben. Vortragender hält dies für das Symptom der spastischen Obstipation.

Herr Schenck: Die Röntgenographie ist nicht nur für die Anatomie und Physiologie des Verdauungskanals, sondern auch für die Diagnostik seiner Erkrankungen von Bedeutung geworden. Krankhafte Veränderungen dieses Organs, die sich in Aenderungen der Form und Lage ausdrücken, werden durch keine andere Methode besser veranschaulicht.

In der neueren Literatur ist mehrfach über Darstellung von Dickdarmstenosen berichtet — von Rieder, Hartmann, Goldammer, Lang. Meist handelte es sich um ausgedehnte tuberkulöse Strikturen. In einem differentialdiagnostisch sehr schwierigen Fall eigener Beobachtung gelang es nur mit Hilfe des

Wismuteinlaufs ein Karzinom des absteigenden Kolon einwandfrei zu diagnostizieren. (Ausführl. Mitteilung des Falles s. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr., Bd. XII, S. 323.) Die Riedersche Wismutmahlzeit hatte hier zu keinem Resultat geführt, es empfiehlt sich deshalb in jedem Falle, der den Verdacht einer Dickdarmerkrankung erweckt, die Anwendung des Wismuteinlaufs, am besten in der Modifikation von Kästle. In den meisten Fällen genügt es, 30 g Bism. subnitr. mit 150 g Bolus alba in 1 Liter Wasser verrührt dem Patienten in linker Seitenlage durch Einfliessenlassen aus einem Irrigator einzuverleiben. Wegen der Gefahr der Nitritvergiftung bei Anwendung grosser Dosen von Bism. subnitr. verdient in Zukunft das Bism. carbonic. den Vorzug.

Ordentliche Sitzung am 21. Dezember 1908 abends 7 Uhr im Hörsaal des Dr. Senckenbergischen Bibliothekgebäudes.

Vorsitzender: Herr Edinger.
Schriftführer: Herr Cahen-Brach.

Verlesung des Protokolls.

Eingänge:

Zirkular des Verbandes deutscher Lebensversicherungsgesellschaften vom 7. Dezember 1908.

Zirkular des Verbandes der Aerzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen vom 7. Dezember 1908.

Schreiben der Ortsgruppe Frankfurt a. M. der Heizungs- und Lüftungsfachmänner wegen Bezeichnung von Delegierten zur 7. Versammlung jener Fachmänner, die im Juni k. J. in Frankfurt a. M. stattfinden soll. Als Abgesandter wird Herr M. Neisser gewählt.

Schreiben der Frankfurter Beamten-Vereinigung, dass Aerzte Mitglieder werden können.

Mitteilung des Polizeipräsidiums, dass in Notfällen Aerzte auch gesperrte Strassen befahren dürfen.

Herr Cuno macht unter Hinweis auf das demnächst zu erstattende Referat eine kurze Mitteilung über die Fortschritte, die in der unter Kontrolle des Aerztlichen Vereins stehenden Frankfurter Milchkuranstalt bezüglich der Keimarmut der Milch erzielt worden sind und bittet die Kollegen um Empfehlung der Kurmilch.

Herr v. Mettenheimer erwähnt, dass augenblicklich in der Stadt 4 Arten Exantheme epidemisch vorkämen, ausser Masern und Scharlach noch typische Röteln, ferner ein Ausschlag bei grippenartigen Erkrankungen und bespricht kurz die hauptsächlichen Punkte der Differentialdiagnose.

Hierauf berichtet Herr Ebenau im Namen des Ausschusses für Standesangelegenheiten über die ihm vom Vorstande zur weiteren Verfolgung übergebene Angelegenheit der Lebensversicherungsgesellschaften. Er erklärt, dass auf die vom Verein seinerzeit ergangene Aufforderung und ein weiteres Zirkular bis zum 14. ds. sämtliche Vereinsmitglieder mit Ausnahme von 7 hiesigen und 9 auswärtigen Aerzten befriedigende Erklärungen abgegeben hätten. Die letzteren habe man nicht weiter berücksichtigt, teils weil sie auf Reisen seien oder, wie z. B. die Hanauer Kollegen durch Vereins-

beschluss bereits gebunden seien. Von den auf den 16. zu einer Sitzung geladenen 7 hiesigen Kollegen hätten sich 5 schriftlich geäussert, 2 seien persönlich erschienen. Im ganzen seien nur 3 Herren übrig geblieben, die sich weigerten, die verlangte Erklärung zu unterschreiben. Gegen diese 3 Mitglieder, nämlich die Herren Bardorff, Otto Grossmann, Guggenheim, gäbe der Ausschuss für Standesfragen dem Vorstande anheim, das Verfahren auf Ausschliessung aus dem Verein einzuleiten. Herr Otto Grossmann habe ihm schriftlich seinen Austritt aus dem Verein erklärt, der Aufforderung, diese Mitteilung an den Verein zu richten, sei er jedoch bis zur Stunde nicht nachgekommen.

Der Vorsitzende bemerkt dazu, dass eine Diskussion über diese Angelegenheit stattzufinden hätte; mittlerweile sei jedoch ein von 17 Mitgliedern unterzeichneter Antrag auf Ausschliessung der genannten 3 Herren eingelaufen, den er nach § 6 der Satzungen ohne weitere Besprechung an die Aufnahmekommission zur Beratung verweisen müsste.

Zur Geschäftsordnung bemerkt Herr Benario, wie wünschenswert nach früheren üblen Erfahrungen es sei, in dieser Frage das Gutachten eines Juristen einzuholen. Auf Beschluss der Versammlung will sich der Vorsitzende an den juristischen Beirat des Vereins, Herrn Justizrat Dr. Fester, wenden.

Zum II. Vorsitzenden für 1909 (I. für 1910) wird Herr E. Hübner, zum II. Schriftführer Herr L. Hanau gewählt, in den Fünferausschuss die Herren A. Bücheler, A. Deutsch, M. Flesch (für ihn in der nächsten Sitzung O. Gross), R. Kramer, J. Veis.

Herr **B. Fischer: Pathologisch-anatomische Demonstrationen:**

1. **Gehirnabszess,** 22 jährige Gravida.

2. Zentrale **Gehirnblutung** nach Schädelfraktur.

3. **Endotheliom der Dura cerebralis,** 63 jährige Frau.

4. **Gliom** des Gehirns, fast die ganze Hemisphäre durchwachsend.

5. Infiltrierendes **Gliom** der Stammganglien, 61 jährige Frau.

6. Metastasen eines malignen **Hypernephroms** im Gehirn, 61 jähriger Mann.

7. **Syringomyelie** mit multiplen **Gliomen** des Rückenmarks.

8. **Zentrales Gliom** des Rückenmarks mit **Syringomyelie.**

9. Nekrotische, durchblutete Auflagerung auf der Dura spinalis mit Rückenmarkskompression, 27 jährige Frau. (Zystitis, Pyelonephritis, Lungeninfarkte, Lungengangrän.)

10. Multiple **Abszesse der Leber.** Thromben in der Vena hepatica. 41 jähriger Mann (Narben im Darm).

11. **Aortenaneurysma** mit Arrosion der Wirbelsäule.

12. Kindskopfgrosses, abgekapseltes **Rundzellensarkom der rechten Lunge,** seit 4 Jahren Erscheinungen. 67 jähriger Mann.

Herr **B. Bär: Demonstration der Röntgenaufnahme des in der vorigen Sitzung vorgestellten Amelus.** An den beiden Oberextremitäten sind kleine Stückchen des Humerus (2—3 cm lang) zu sehen. Von den Knochen der unteren Extremität fehlt jede Spur. Eine amniotische Abschnürung kann demnach, wenigstens für die untere Extremität, kaum angenommen werden.

Herr **Vogt** und Herr **Klose: Anatomisch-physiologische Untersuchungen zur Lumbalanästhesie und ihrer klinischen Verwertbarkeit.**

M. H.! Die allgemein gültige These, dass die Handhabung und Bewertung einer neuen chirurgischen Methode lediglich auf dem Wege der klinischen Beobachtung nie der Zielpunkt kausalen Denkens sein kann und darf, hat sich kaum je sinnfälliger bestätigt, als in dem gegenwärtigen Kampf um die Stellung der Bierschen Lumbalanästhesie. Auf der einen Seite himmelhohes Jauchzen, auf der anderen schärfste Verurteilung und zwischen beiden nur wenige Vermittler. Vielmehr muss die Tatsache, dass Anhänger und Ausübende der gleichen Technik zu so ganz differenten Endurteilen über den Wert der Methode gelangten, zu dem absoluten Fordernis führen, die zu lösenden klinischen Fragestellungen durch historisch-kritische und objektive biologische Forschungsmethoden zu stützen, zu kontrollieren oder zu ergänzen. Es mag darum das Interesse, das von diesem höheren, hodegetischen Standpunkt aus gleicherweise von dem lumbalpunktierenden Internisten und Pädiater, wie von dem Neurologen, Otiater und Ophthalmologen den physiologisch-anatomischen Grundlagen des modernen chirurgischen Themas entgegengebracht wird, den Versuch rechtfertigen, Ihnen in aller Kürze und nur mit dem unumgänglich nötigsten literarisch-technischen Beiwerk, über Serien (112 Experimente) mühsamer experimenteller Studien zu berichten, die sich jene beiden praktisch wichtigsten Kardinalfragen, in welchen alle Diskussionen über die Lumbalanästhesie gipfeln, zur Beantwortung gesetzt hatten: Zum ersten: Sind der Effekt, die Neben- und Nachwirkungen durch hämatogene Resorption der Gifte oder durch direkte Kontaktwirkung auf die nervösen Zentralorgane oder durch Kombination beider Wirkungsmöglichkeiten bedingt? Zum zweiten: Können die gebräuchlichsten Anästhetika, als da sind Tropakokain, Novokain und Stovain in ihrer normalen Dosierung irreparable Veränderungen der funktionierenden Nervenelemente erzeugen? Entsprechend diesen Fragen und unserem Streben, von vornherein für die gesamten Enquêten nur die Beziehungen zur Klinik massgeblich sein zu lassen, waren unsere Untersuchungen in zwei Teile zu gliedern: einen biologischen, bestehend aus den Tierexperimenten, der chemisch-physiologischen qualitativen Analyse des Liquor, des Blutes und Urins, sowie einen pathologisch-anatomischen, der zu entscheiden hatte, ob und eventuell inwieweit materielle Veränderungen durch die Eingriffe stattfinden.

Da wir über die Strömungsverhältnisse im Liquor encranio-spinalis so gut wie nichts wissen, interessierte uns einleitend die wichtige Vorfrage: Folgt ein intraarachnoideal injiziertes spezifisch schwereres Fluidum als die Gehirnflüssigkeit lediglich physikalischen Gesetzen oder steigt es dem entgegen im Subarachnoidealraum aufwärts, wohin gelangt es und innerhalb welcher Zeit? Bei Kaninchen, Hunden und Pferden, die in einem allmählich senkrecht zur Horizontalen sich erhebenden Winkel so festgeschnallt sind, dass Eigenbewegungen der Wirbelsäule nach Möglichkeit ausgeschaltet werden, erreicht die spezifisch schwere Lösung um so schneller die Medulla oblongata und die Hirnventrikel, je kleiner die Inklination zur Horizontalebene ist, stets aber weit schneller als eine Diffusion es erlauben würde. So ist bei steil aufgehängten Tieren eine lumbalinjizierte konzentrierte Methylenblaulösung, eine 5 proz. Jodkalilösung und eine spezifisch schwere Tropakokainlösung in 5—17 Minuten im Zervikalkanal, in 10 bis 24 Minuten in den Hirnventrikeln nachweislich. Es besteht also eine aktive Liquorströmung, die ausser rein physikalischen, noch eigenen, uns unbekannten biologischen Gesetzen folgt. Diese fundamentale Tatsache engt unsere erste Hauptfrage in dem Sinne ein: Wie lange ist ein Kontakt des injizierten Giftes mit den zu lähmenden Elementen anzunehmen? Wir haben zu diesem Zwecke Kaninchen und Hunden jeweils die drei genannten Anästhetika subarachnoideal injiziert und serienweise in Zeitunterschieden von 2 Stunden bis zu mehreren Wochen durch Entbluten getötet. Liquor, Blut und Urin wurden im physiologisch-chemischen Institute des Herrn Privatdozenten Dr. Embden durch Herrn Dr. Strauss ohne irgendwie beeinflussende Angaben unsererseits untersucht. Dabei zeigte sich, dass nach 3 Stunden das ganze Giftdepot der 3 Anästhetika noch im Lumbalsack lagert. Nach 6 Stunden gibt das Blut der mit Tropakokain injizierten Tiere schwach positive Reaktion, nach 9 Stunden sind noch Spuren Tropakokain im Liquor zu finden, während die Reaktion im Blut ihren Höhepunkt erreicht hat, der Urin aber noch frei ist. Nach 12 Stunden ist die Liquorreaktion ganz erloschen, die des Blutes undeutlicher, indes der Harn am kräftigsten reagiert. Nach 16 Stunden ist auch das Blut des Alkaloides ledig und die Harnreaktion sinkt von dieser Zeit an allmählich bis auf den Nullpunkt in der 20. Stunde nach der Injektion herab. Die Resorption des Novokain aus dem Liquor beginnt erst 12 Stunden nach der Einspritzung. 16 Stunden danach besteht schwache Reaktion des Blutes, die dauernd gering bleibt, weil die Aufnahme des Novokain in den allgemeinen Kreislauf so langsam vor sich

geht, dass sie erst innerhalb 18 Stunden, also 30 Stunden nach der Injektion ganz beendigt ist. 36 Stunden post injectionem ist die Blutreaktion erloschen und mit 40 Stunden werden bei einer Gesamtausscheidungsdauer von 10 Stunden die letzten Reste im Urin ausgeschwemmt. Stovain verweilt im Arachnoidealraum am längsten. Noch 30 Stunden post injectionem gibt der Liquor bei absolut fehlender Blutreaktion einen stark positiven Ausschlag, dessen Abfallen bis Null 8 Stunden erfordert. Die Blutresorption geht dann wieder äusserst langsam und gleichmässig von statten, kündigt sich 33 Stunden post injectionem chemisch an und versiegt 42 Stunden post injectionem erst völlig. Dementsprechend gelang 36 Stunden nach der Injektion der erste Nachweis im Urin, der nach 48 Stunden, also 2 Tage nach der Einverleibung, die letzten Giftspuren endlich beseitigt hatte. Diese an Kaninchen gewonnenen Fakta konnten wir in ihren prinzipiellen Resultaten durch Resorptionsversuche an Hunden vollkommen bestätigen. Es leitet sich daraus die Berechtigung zu folgenden Leitsätzen her: Die Anästhetika verbreiten sich innerhalb spätestens ½ Stunde im ganzen Liquorraum. Das spezifische Gewicht der Giftlösung und die Lagerung des Tieres spielen nur die Rolle einer Nebenursache. Das Verweilen der Alkaloide im Liquorraum hält unverhältnismässig lange an, unterliegt aber für die verschiedenen Anästhetika gewichtigen zeitlichen Differenzen. Und zwar lässt sich dieses Moment in einer aufsteigenden Skala: Tropakokain, Novokain und Stovain fixieren. In dieser Ausscheidungsskala wieder ist die Zeitdauer der Resorption, der Aufenthalt im Blut und die Dauer der Ausscheidung direkt proportional der Zeit, n a c h welcher die Resorption beginnt. Diese unterschiedliche Antwort auf unsere erste Hauptfrage musste a priori unsere anatomische Ueberlegung der zweiten Frage doppelt formieren: einmal ob die Einverleibung des Giftes selbst durch die mechanische Berührung der nervösen Elemente wirkt, ob also die Annahme bestehen und bewiesen werden kann, dass das im Liquor cerebrospinalis kreisende Gift materielle Veränderungen u n m i t t e l b a r an den Elementen des Nervensystems setzt. Zweitens, ob etwa nach der Ausscheidung des Giftes Nachwirkungen vielleicht durch uns unbekannte Abbauprodukte zurückbleiben, ob das Gift direkt oder auf hämatogenem Wege schwere akute Läsionen oder solche mehr chronischer Natur erzeugen kann, die etwa den spät auftretenden Nachwirkungen übler Art, wie sie die Klinik noch nach Wochen kennt, eine Substanziierung bieten würden. Die Untersuchung zahlreichster Nervensysteme von Tieren, die in verschiedenen Zeit-

intervallen, nach 2 Stunden bis inklusive 2 Tage nach dem Eingriff getötet waren, ergab keine wesentlichen abnormen anatomischen Befunde, weder in zell- noch in faseranatomischer Hinsicht. Es wurden nur einzelne chromolytische Veränderungen an den Zellen in der Nähe der Einstichhöhe konstatiert; auf die Würdigung dieses Befundes kommen wir unten bei Erörterung der W o s s i d l o schen Ergebnisse zurück. Es wurde, da es sich zunächst um die Frage handelt, ob eine Ganglienzellenveränderung nachweisbar ist, das Rückenmark aus verschiedenen Höhen, von der Einstichgegend bis zur Medulla oblongata und dem Gehirn untersucht. In Anwendung kamen nach Alkohol- und Formolhärtung die verschiedenen Verfahren zum Nachweis des Verhaltens des Tigroids der Ganglienzellen, ein bekanntlich für Alterationen derselben, namentlich solche akuter Art sehr scharfer Indikator. Der Mangel der Veränderung konnte sich als Zeichen der Resistenz der Ganglienzellen oder als Ausdruck der Tatsache erklären, dass das Gift nicht bis an die ja ziemlich geschützt im Rückenmark liegenden Zellen vorgedrungen war, also daraus, das wenigstens akut innerhalb 2 Tagen, solange noch subarachnoideal restierende Giftreste angenommen werden können, eine intensivere Einwirkung auf die Rückenmarkselemente, soweit sie nicht oberflächlich liegen, unterbleibt. Daraus ergab sich unmittelbar die weitere Frage, ob ein absichtliches In-Berührung-bringen zwischen Rückenmarkselementen und den analgesierenden Giften physiologisch und anatomisch die gleiche Wirkung haben würde, wie sie bei der subarachnoidealen Injektion statthat. Die Beantwortung dieser Frage war auch höchst bedeutungsvoll für die Beurteilung der Giftwirkung selbst. Eine zu diesem Zweck vorgenommene Injektion einer wirksamen Dosis von Tropakokain, Novokain und Stovain in die Substanz des Rückenmarks selbst zeitigte die folgenschwere Tatsache, dass die Tiere sofort oder unmittelbar nach der Einspritzung unter typischen medullären Symptomen zugrunde gingen. War das nun ein mechanischer oder toxischer Erfolg? Es konnte ja die Injektion als solche die Bahnen und Zentren in der Medulla spinalis so schwer affizieren, dass durch Schockwirkung des mechanischen Traumas oder reflektorisch durch Herz- oder Respirationslähmung der Exitus erfolgte. Der gleiche Eingriff mit physiologischer Kochsalzlösung wurde aber von den Tieren ohne jede erkennbare Nebenwirkung überstanden. Dieses Resultat ergab sich regelmässig auch bei Forcierung der NaCl und bei Abschwächung der Giftinjektion bis auf minimale Dosen. Die Beurteilung dieser Ergebnisse kann nur relativ sein, zeigt aber,

dass die Erfolge der Giftinjektion, wenn sie intramedullär stattfindet, ungemein schwere sind, und dass diese Erscheinungen als toxische, nicht als mechanische gedeutet werden können und müssen. Das Ausbleiben schwerster Erscheinungen nach den landläufigen Eingriffen scheint also zum Teil in der Tat darauf zu beruhen, dass das Gift kaum in die Tiefe dringt. Andererseits lehrt die intramedulläre Injektion, dass die Wirkung des Giftes, wenn sie erst die funktionierenden Elemente des zentralen Nervensystems erreicht, eine hochgradige und lebengefährdende ist. Der Befund gibt schliesslich auch dem anatomischen Bilde, soweit es akute Eingriffe angeht, seine richtige Bewertung: Das Nichtvorhandensein von Veränderungen an den nervösen Elementen in der ersten Zeit ist kein Beweis, dass die subarachnoideale Injektion ein harmloser, das Nervengewebe nicht doch irgendwie schädigender Eingriff ist. Die Veränderungen fehlen, weil das Gift für gewöhnlich nicht in jene Tiefe vorzudringen scheint. Nur im Grosshirn wird es die in der Rinde liegenden Elemente eher erreichen: indessen dürfte der Liquor schon bis dahin im allgemeinen für eine unschädliche Verdünnung gesorgt haben. Dagegen liesse die rasche Verbreitung und die intensive Giftwirkung es verständlich erscheinen, wenn nach längeren Zeitintervallen Schädigungen nachweisbar werden, die zumal auf jenen Eingriff mit intramedullären, minimalsten und schwer schädigenden, aber eben noch das Leben erhaltenden Dosen zurückzuführen sind, dessen akute Wirkung sich aus den dargelegten Gründen anatomisch nicht nachweisen lässt. Die ersten Veränderungen haben wir nun 3 mal 24 Stunden nach der Injektion nachweisen können. Dass van Lier und Wossidlo schon unmittelbar nach dem Eingriff Veränderungen fanden, erklärt sich vor allem aus dem sehr schweren Eingriff und der hohen Dosis, bei Wossidlo, speziell auch daraus, dass er durch die Haut injiziert hat, wodurch die Möglichkeit, das Rückenmark selbst zu lädieren, natürlich leicht gegeben sein kann. Wir konnten wohl deshalb die akuten Veränderungen — so möchten wir die von van Lier und Wossidlo durch ihre Versuchsanordnung hervorgerufenen bezeichnen — gewöhnlich nicht nachweisen, weil wir in der Art der Einverleibung jede momentane Alteration zu vermeiden suchten und weil so unsere ganze Anordnung mehr auf die Frage eingerichtet war: Veranlasst die Anwesenheit des Giftes im Spinalkanal, unter Verhältnissen, welche jede Läsion und jede Einwirkung auf das Zentralnervensystem durch eine brutale Versuchsanordnung vermeiden, doch anatomische Veränderungen, also gewissermassen Veränderungen, welche im Gegensatz zu

den Experimenten von van Lier und Wossidlo durch die Dauerwirkung der Gifte, solange eben nach der Ausscheidungsskala von einer solchen die Rede sein kann, hervorgerufen werden? Denn die Ergebnisse der van Lierschen und Wossidloschen Arbeit sind unseres Erachtens nur diese: Werden unverhältnismässig grosse Dosen der Lumbalanästhetika bei Tieren injiziert, so kommt dadurch in der Höhe der Einstichstelle und den benachbarten Teilen des Rückenmarkes eine akute Alteration der nervösen Substanz, speziell der Nervenzellen zustande, welche sich bis zur Zeit von 24 Stunden wieder zurückbilden kann. Die Frage aber, ob die Lumbalanästhesie überhaupt zu pathologisch-anatomischen Erwägungen und Einwänden Anlass gibt, kann natürlich nur durch Strömungs- und Ausscheidungsversuche und durch Ausdehnung der Experimente auf längere Zeit entschieden werden. Diesen Fragestellungen Rechnung tragend, gliedern sich unsere anatomischen Ergebnisse in folgende einzelne Tatsachen: Die kurze Zeit nach dem Eingriffe getöteten Tiere haben keine Veränderungen dargeboten. Die Erklärung liegt wohl im wesentlichen in der von uns angewandten vorsichtigen Einverleibung des Giftes. Die Tiere, welche mehrere Tage bis einige Wochen nach dem Eingriff getötet wurden, boten einmal Veränderungen der Zellen. Die Veränderungen betreffen nur motorische Elemente: Vorderhorn und Seitenhorn der grauen Substanz, nicht sensible. Nach der Verteilung fanden sich die gesamten Zellveränderungen besonders im Lumbal- und Dorsal-, in einigen Fällen auch im Halsmark. Nie sind auf einem Querschnitt alle Zellen verändert, sondern immer nur einzelne „ausgewählt". Diese Veränderungen waren von zweierlei Art. Einmal waren es einfach chromolytische Vorgänge: eine Auflösung der Nisslschollen und des Tigroids. Die Auflösung begann meist an der Peripherie der Zelle, so dass an der Umgebung des Kernes öfter noch ein schmaler Saum von Tigroid erhalten geblieben ist. Das sonst ungefärbte Protoplasma zwischen den Nisslschollen nahm Farbe auf, die ganze Zelle erhielt dadurch einen sich trübe tingierenden, unklaren Inhalt. Dabei begann die scharfe Zellkontur zu verschwinden, die Zelle nahm eine mehr ovale Form an mit unscharfem Rand. Der Kern verliess teilweise seine Position in der Mitte der Zelle, wurde randständig. Auch die Struktur des Kerngerüstes machte weniger klaren Anordnungen der färbbaren und unfärbbaren Teile Platz. Diese Zustände waren in der mannigfachsten Kombination nachweisbar und entsprechen im grossen und ganzen dem Vorgang der einfachen Chromolyse der Ganglienzellen. Daneben fand sich aber eine weitere Veränderung

der Nervenzellen, die offenbar mit jenem chromolytischen Vorgange nichts zu tun hat: es sind die auch von Spielmeyer hervorgehobenen Veränderungen, die wir in einigen Fällen haben nachweisen können. Es handelt sich um eine Aufblähung der Zelle mit Achromatose. In den ersten Stadien der Veränderung wird ein Teil der Zelle blass und dehnt sich wie blasig aus, dieser Teil liegt oft in der Nachbarschaft des Kernes. Im Weiterfortschreiten wird dann die ganze Zelle mehr und mehr aufgetrieben, schliesslich nimmt sie eine birnförmige, U-förmige oder runde Gestalt an, kann zuweilen das Mehrfache an Volumen im Vergleich mit einer normalen Zelle erreichen. Der Kern rückt bei dieser Veränderung auch nicht selten an die Peripherie. Es sind dies die Veränderungen, welche, wie schon von Spielmeyer genügend betont wird, den Veränderungen entsprechen, welche die Ganglienzelle bei Läsion ihres Achsenzylinders erleidet, wie sie durch Ausreissen desselben, bei Durchschneidung des peripheren Nervs, bei toxischen Erkrankungen desselben zustande kommt. Es ist damit nicht von vorneherein gesagt, dass die hier gefundenen Veränderungen durchaus und nur eine Veränderung sekundärer Natur durch die Läsion der Wurzelfasern sein muss. Die nach 10—21 Tagen getöteten Tiere liessen ausserdem eine Faserdegeneration mit Hilfe der Marchimethode nachweisen. Diese Veränderungen sind von zweierlei Art. Einmal handelt es sich um eine ausgesprochene Oberflächenläsion. In der ganzen Peripherie des Rückenmarksquerschnittes lässt sich erkennen, dass einzelne Fasern schollig entartet sind und dadurch die Reaktion der Marchimethode ergeben. Die entarteten Fasern liegen nahe der Oberfläche wahllos zerstreut. Es zeigte keine Bahn hierbei eine besondere Prädilektion. Nach der Tiefe des Querschnittbildes zu werden die Fasern spärlich und werden nahe der grauen Substanz überhaupt nicht beobachtet. Nächst ihm ist aber eine zweite Art von Marchidegeneration vorhanden, welche eine strangweise auftretende ist und welche ausschliesslich die Hinterstränge befällt. Diese Veränderung findet sich in den Hintersträngen bis hinauf in das Halsmark. Auch kann man, wie schon Spielmeyer betont, aus dem Verfolgen des Faserverlaufs innerhalb des Rückenmarkes erkennen, dass die Hinterstrangwurzelfasern in ihrem ganzen Verlauf betroffen sind.

Die bei den Tieren experimentell erzeugten und festgestellten Veränderungen stellen sich, wenn auch grossenteils reparabler Natur, so doch als recht schwere Folgen des Eingriffes dar. Inwieweit eine unmittelbare Uebertragung der Ergebnisse auf den Menschen statthaft ist, ist die wichtigste, aber

eine nicht so ohne weiteres zu beantwortende Frage. Die topographischen Verhältnisse der menschlichen Wirbelsäulenhöhle, die Liquormenge, absolute und relative, vielleicht auch die Strömungsverhältnisse sind nicht von vorneherein in direkte Analogie zu den tierischen Verhältnissen zu setzen. Die Spielmeyerschen Befunde in Gemeinschaft mit unseren Ergebnissen zeigen aber doch, wie nahe verwandt der Vorgang bei Tier und Mensch ist und dass sogar Grad und Charakter der Läsion mancherlei Berührungspunkte zeigt. Eine vorsichtige und von jedem Optimismus freie Beurteilung der Lumbalanalgesie legen also die Ergebnisse dieser Untersuchungsreihe nahe. Es braucht nicht sonderbar zu erscheinen, dass trotz der anscheinend schweren Zellenveränderungen periphere Lähmungen bei Tier und Mensch fehlen können: der Erkrankungsprozess sucht nur einzelne Exemplare aus der motorischen Zellsäule aus, er hat nichts Ubiquitäres, Regionäres oder Systematisches: auch ist die Zahl der gesunden Zellen immer noch gross genug, um einen klinischen Effekt nicht in Erscheinung treten zu lassen. Anders liegt bei der geringen Zellenzahl, abgesehen von der oberflächlichen Lage und grösseren Vulnerabilität der Kerne, die Sache bei den Augenmuskelkernen: hier wird die Erkrankung schon relativ weniger Zellen Lähmungserscheinungen verursachen können. Ganz dunkel aber liegt bis jetzt bei der überhaupt umstrittenen Genese des Symptoms, die ursächliche Bedingnis der beim Menschen so oft zu beobachtenden immensen Kopfschmerzen. Wir hoffen in weiteren Untersuchungen zur Klärung dieser Fragen beitragen zu können.

Literatur:

van Lier: Histologischer Beitrag zur Rückenmarksanästhesie. Beitr. z. klin. Chirurgie 1907, Bd. 53. — Spielmeyer: Veränderungen des Nervensystems nach Stovainanästhesie. Münch. med. Wochenschr. 1908, No. 31. — Wossidlo: Experimentelle Untersuchungen über Veränderungen der Nisslschen Granula bei der Lumbalanästhesie. Arch. f. klin. Chirurgie, Bd. 86, H. 4.

Diskussion: Herr L. Rehn.

Herr L. Auerbach: Wenn beim Menschen entsprechende weitgehende Veränderungen vorkämen, wie sie die Herren Klose und Vogt bei Kaninchen in den Hinter- und Seitensträngen mittels der Marchimethode nachwiesen, so würde man länger persistierende sensible Störungen nach Lumbalanästhesie häufiger zu erwarten haben. Da dies nicht zutrifft, so besteht wohl doch ein Unterschied zwischen den Bedingungen des Tierversuches und den Verhältnissen bei der therapeutischen Anwendung. In diesen Ergebnissen ist sonach kaum ein Grund für eine Einschränkung des Verfahrens zu finden, um so mehr, als van Lier und Wossidlo nur Zelldegenerationen von recht flüchtiger Natur beobachteten.

Herr Hirschberg: Ich erlaube mir, an Herrn Rehn 2 Fragen zu richten: 1. Wendet Herr Rehn die Lumbalanästhesie beim Menschen nicht mehr an? 2. Ist er, trotzdem er in etwa 300 Fällen keinen Todesfall hatte, auf Grund der Ergebnisse der vorgetragenen Untersuchungen bei Tieren von der weiteren Anwendung zurückgekommen?

Herr B. Fischer: Die anatomischen Befunde dürfen auch von klinischer Seite ernste Beachtung beanspruchen. Feinere Schädigungen des Zentralnervensystems könnten der klinischen Feststellung entgehen, ohne deshalb bedeutungslos zu sein. In einem von mir sezierten Todesfalle bei Lumbalanästhesie fanden sich anatomisch alle Zeichen der Erstickung (Athemlähmung). Trotzdem wird es immer Indikationen geben, welche die Lumbalanästhesie berechtigt und geboten erscheinen lassen.

Herr Oehler, Herr Vogt.

Zweiter Teil.

Geschäftliche Mitteilungen.

Geschäftliche Mitteilungen des Aerztlichen Vereins im Jahre 1908.

Von Dr. Cahen-Brach.

Dem Vorstande gehörten an die Herren Edinger als I., Laquer als II. Vorsitzender, Cahen-Brach als I., Scheven als II. Schriftführer. Schatzmeister war Herr Scholz, Archivar Herr Altschul.

Der Fünferausschuss wurde gebildet von den Herren Benario, Jung-Marchand, Joh. Jul. Schmidt, Siegel, Streng, der Ausschuss für Standesfragen von den Herren Daube, Gelhaar, Hergenhahn, Hirschberg, Kutz, Ransohoff, Ebenau, Hanau, Kömpel. An Stelle der drei letztgenannten traten am 1. April die Herren Fridberg, Gelhaar, Hohenemser.

Mitglieder der Redaktionskommission für den Jahresbericht waren die Herren A. König als Vorsitzender, A. Knoblauch als Schriftführer, Seligmann.

Zur Bibliothekkommission gehörten die Herren Roediger, Vorsitzender, Ebenau Schriftführer, Albrecht, Edinger, Günzburg, die den Herrn Bibliothekar Dr. Wahl kooptierten.

Zur Kurpfuschereikommission die Herren Benario, Flesch, Hübner, Rosengart.

Zur Kommisaion für die Ueberwachung der Frankfurter Milchkuranstalt die Herren Cuno, Vorsitzender, A. de Bary, Schriftführer, Cahen-Brach, Hübner, Scholz.

Mitgliederbewegung: Es traten ein 18 ordentliche, 9 ausserordentliche Mitglieder (s. beifolgende Liste). 6 ordentliche Mitglieder verstarben: die Herren Eugen Albrecht, Jakob Bockenheimer, Alexander Glöckler, Adolf Harbordt, August Hengsberger, Heinrich Heyder, 5 traten aus, nämlich die Herren Assfalg, Dornblüth, Eulenstein, Max Marx, Tecklenburg. Von den ausserordentlichen Mitgliedern verlor der Verein durch den Tod Herrn L. J. Roth, früher Usingen, zuletzt Ulm, 21 traten aus: die Herren Brenner, Danziger, Ed. Deetz, Homburg, Engels, Eppenstein, Feistkorn, Gärtner, Oberursel, Gärtner, Höchst a. M., Hans Hübner, Jabobsthal, Kappers, Krauss, Quensel, Königstein i. T., Jul. Rothschild, Sartorius, Schenk, Schröder, Stargardter, Wagner, Langenschwalbach, Albert Weiss, Oberreifenberg, Wolfskehl. Nach Streichung einer Anzahl grösstenteils verzogener Herren aus der Liste, ferner Uebertritt von verschiedenen aus der Reihe der ordentlichen Mitglieder in die der ausserordentlichen und umgekehrt stellte sich der Personalbestand des Vereins zu Ende des Jahres 1908 auf 330 (1907 326) ordentliche, 99 (1907 115) ausserordentliche Mitglieder.

Die wissenschaftliche Arbeit des Vereins wurde in 22 ordentlichen, 3 ausserordentlichen Sitzungen erledigt. In letzteren gelangte die Sportsfrage zur ausführlichen Besprechung, ferner füllten Demonstrationen aus der chirurgischen und dermatologischen Abteilung des städtischen Krankenhauses je einen Abend, eine Einrichtung, die sich sehr bewährte. Für geschäftliche Angelegenheiten waren 4 Sitzungen vorbehalten.

Sämtliche Versammlungen fanden in dem grossen Hörsaal des Dr. Senckenbergischen Bibliothekgebäudes statt, dessen Akustik durch Anbringung einer festen baldachinartigen Ueberdachung des Podiums und der Spannung einer grossen Anzahl radiär laufender Fäden von der Mitte der Saaldecke nach jener Ueberdachung zwar besser geworden ist, der von dem Ideal eines Hör- und Demonstrationssaales jedoch seiner ganzen Anlage nach weit entfernt bleibt.

Die so dringende Regelung des Tauschverkehrs wurde der Verwaltung der Dr. Senckenbergischen Bibliothek übertragen. Die Erwerbung von 10—20 Exemplaren der Frankfurter Zeitschrift für Pathologie, die als Tauschobjekt dienen sollen, ferner der gesteigerte Zuschuss, welchen der ärztliche Verein der Bibliothek für deren Mehrarbeit (s. bei-

liegenden Bibliotheksbericht) zu leisten hat, machten die Erhöhung des Mitgliederbeitrags erforderlich. Dieser beträgt fortan für die ordentlichen Mitglieder M. 30, die für ausserordentlichen M. 10.

Mehrmals nahm der Verein Veranlassung, sich an die städtischen Behörden zu wenden. So in der Frage der ambulatorischen Behandlung der Rekonvaleszenten und der Dienstbotenversicherung (26. April), worüber der Magistratsvertreter Dr. Lautenschlager in mündliche Verhandlung mit einer Delegation des Vereins (Herren Hübner und Laquer) trat. Dann handelte es sich um eine Anzahl hygienischer Forderungen (1. Juni), denen der Magistrat möglichste Berücksichtigung versprach. In einer weiteren Eingabe (22. Juni) nahm der Verein Stellung zu den Verhandlungen der Stadtverordnetenversamlung vom 4. Juni über die Besetzung der Chefarztstelle der gynäkologischen Abteilung am städtischen Krankenhaus.

In dem Kampfe des Aerztevereinsbundes mit den Lebensversicherungsgesellschaften schloss sich der Verein streng dem Vorgehen des ersteren und dessen wirtschaftlicher Abteilung (Leipziger wirtschaftlicher Verband) an. Er verpflichtete seine Mitglieder, nur zu den von letzterer aufgestellten Sätzen Atteste auszustellen (23. XI.).

Das Stiftungsfest fand am 3. November im Hotel zum Schwan in Gestalt eines Festessens mit Aufführungen statt.

Wie alljährlich gewährte der Magistrat einen Zuschuss von M. 1200 für die Drucklegung des Jahresberichtes. Ferner fielen dem Verein durch letztwillige Verfügung des Kollegen Jak. Herm. Bockenheimer M. 1000 zu.

Der Sonntagsvertreterdienst gab zu wenig Klagen Anlass. Da wiederholt die festgesetzten Vertreter nicht zur Stelle waren, so musste man die Hilfe von Kollegen aus Nachbarbezirken zu Hilfe nehmen. Der Ersparnis wegen wurde nur alle zwei Monate die Vertreterliste versandt.

In den Vorstand für 1909 wurden in der letzten Sitzung des Jahres 1908 die Herren E. Hübner als II. Vorsitzender, L. Hanau als II. Schriftführer gewählt, in den Fünferausschuss die Herren Bücheler, Flesch, Gross, Kramer, J. Veis (an Stelle des zurücktretenden Herrn Flesch später Herr Deutsch).

Ordentliche Mitglieder des Aerztlichen Vereins

am 31. Dezember 1908.

(Verein gegründet im Jahre 1845.)

No.	Namen	Approbiert	Promoviert	In Frankfurt als Arzt niedergelassen	Mitglied des Aerztlichen Vereins
1	Dr. Schmidt, Jean, Geh. Sanitätsrat	1855	1853	1855	1855
2	» Neubürger, Theodor, Geh. San.-R.	1854	1853	1854	1855
3	» Bardorff, Carl	1863	1861	1863	1863
4	» Altschul, Gustav, San.-Rat	1862	1862	1864	1864
5	» de Bary, Jakob, Geh. San.-Rat	1865	1864	1865	1865
6	» Kirchheim, Simon	1865	1864	1865	1865
7	» Mappes, Georg	1867	1866	1867	1867
8	» Vömel, Heinrich, Geh. San.-Rat	1867	1866	1867	1868
9	» Loretz, Wilhelm Emil, San.-Rat	1867	1866	1868	1869
10	» Krüger, Gustav, San.-Rat	1865	1864	1869	1869
11	» Wolf, Oskar, San.-Rat	1867	1866	1870	1870
12	» Fridberg, Robert, San.-Rat	1867	1867	1870	1870
13	» Cohn, Emanuel, San.-Rat	1867	1866	1867	1870
14	» Blumenthal, Ernst, San.-Rat	1869	1869	1872	1872
15	» Rehn, Heinrich, Geh. San.-Rat	1857	1856	1872	1872
16	» Hirschberg, Max, San.-Rat	1867	1866	1873	1873
17	» Jung-Marchand, Aug., San.-Rat	1872	1870	1873	1873
18	» Klingelhöffer, August, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt	1870	1870	1874	1875
19	» Rosenbaum Elieser San.-Rat	1876	1874	1876	1876
20	» Jaffé, Theophil, San.-Rat	1874	1873	1876	1876
21	» Sommerlat, Ludwig, San.-Rat	1874	1876	1876	1877
22	» Carl, August, San.-Rat	1875	1874	1878	1878
23	» Küppers, Markus, San.-Rat	1874	1873	1874	1878
24	» Sippel, Albert, Professor	1875	1875	1878	1878
25	» Kaufmann, Karl	1875	1874	1879	1879
26	» Lachmann, Bernhard, San.-Rat	1877	1876	1881	1881
27	» Fester, Otto, San.-Rat	1877	1877	1880	1882
28	» Rehn, Ludwig, Professor	1874	1875	1882	1882
29	» Auerbach, Leopold, San.-Rat	1880	1880	1881	1882
30	» Edinger, Ludwig, Professor	1877	1876	1883	1883
31	» Laquer, Leopold, San.-Rat	1880	1879	1883	1883
32	» Nohstadt, Rudolf, San.-Rat	1879	1879	1879	1883
33	» Pinner, Oskar, San.-Rat	1875	1875	1883	1883
34	» Elle, Johannes, San.-Rat	1882	1882	1883	1884
35	» Bärwindt, Franz, San.-Rat	1880	1883	1880	1884
36	» Fürst, Bernhard	1883	1883	1884	1884

No.	Namen	Approbiert	Promoviert	In Frankfurt als Arzt niedergelassen	Mitglied des Aerztlichen Vereins
37	Dr. Eulau, Siegmund	1882	1883	1884	1884
38	» Seligmann, Heinrich, San.-Rat	1882	1881	1884	1884
39	» Hesdörffer, Julius	1883	1883	1884	1885
40	» Wohlfarth, Ernst, San.-Rat	1876	1876	1876	1885
41	» Vohsen, Karl, San.-Rat	1883	1882	1885	1885
42	» Oehler, Rudolf, San.-Rat	1883	1884	1885	1885
43	» Ebenau, Friedrich	1875	1875	1885	1885
44	» Gottschalk, Joseph, San.-Rat	1882	1883	1886	1886
45	» Schott, Theodor, Professor	1877	1877	1886	1886
46	» Schmidt, Julius, San.-Rat	1881	1881	1886	1886
47	» Günzburg, Alfred	1885	1885	1886	1886
48	» Rosenmeyer, Ludwig, San.-Rat	1881	1881	1886	1886
49	» Asch, Ernst	1886	1884	1887	1887
50	» Oppenheimer, Oskar	1883	1884	1887	1887
51	» Scriba, Eugen	1884	1884	1887	1887
52	» Herxheimer, Karl, Professor	1885	1884	1887	1887
53	» Hübner, Emil	1885	1886	1887	1887
54	» Schlesinger, Hermann	1879	1879	1887	1887
55	» Roediger, Ernst, San.-Rat	1884	1885	1887	1887
56	» Mayer, Heinrich	1887	1886	1888	1888
57	» Flesch, Max, Professor	1873	1872	1888	1888
58	» Rosengart, Josef	1884	1887	1888	1888
59	» Wolff, Ludwig	1885	1885	1888	1888
60	» Neubürger, Otto	1888	1887	1888	1888
61	» Sioli, Emil, Professor	1876	1875	1888	1888
62	» Kahn, Ernst	1885	1888	1888	1888
63	» Müller, Heinrich	1873	1873	1884	1888
64	» Demmer, Theodor	1883	1883	1889	1889
65	» Friedländer, Julius	1884	1884	1889	1889
66	» Seuffert, Theodor, San.-Rat	1881	1881	1889	1889
67	» Walter, Leopold	1879	1879	1889	1889
68	» Jourdan, Adolf	1888	1888	1889	1889
69	» Hirsch, Raphael	1888	1888	1890	1890
70	» Hirsch, Wolf	1889	1888	1890	1890
71	» Ettlinger, Albert	1885	1884	1890	1890
72	» Weber, Heinrich	1888	1888	1890	1890
73	» Kömpel, Eduard	1888	1888	1890	1890
74	» von Wild, Rudolf	1887	1887	1890	1890
75	» Simon, Elias	1889	1888	1890	1890
76	» Nebel, August	1886	1886	1890	1890
77	» Stroh, Wilhelm	1888	1888	1890	1891
78	» Lampé, Eduard, San.-Rat	1884	1884	1890	1891
79	» Knoblauch, August, Professor	1887	1888	1891	1891
80	» Stern Richard	1889	1889	1891	1891
81	» Avellis, Georg	1888	1888	1890	1891
82	» Cahen-Brach, Eugen	1887	1887	1891	1891

No.	Namen	Approbiert	Promoviert	In Frankfurt als Arzt niedergelassen	Mitglied des Aerztlichen Vereins
83	Dr. Kaiser, Ludwig	1890	1890	1891	1891
84	» Spiess, Gustav, Professor	1890	1890	1891	1891
85	» Gunz, Otto	1889	1891	1891	1891
86	» Fromm, Emil, Kreisarzt	1886	1886	1891	1891
87	» Mehler, Ludwig Emil	1891	1890	1891	1891
88	» Ascher, Julius	1886	1885	1892	1892
89	» Abraham, Siegmund	1891	1891	1892	1892
90	» Gause, August	1889	1890	1892	1892
91	» Ransohoff, Moritz	1883	1883	1892	1892
92	» Auerbach, Siegmund	1890	1890	1892	1892
93	» Hanauer, Wilhelm	1890	1890	1892	1892
94	» Blum, Ferdinand, Professor	1890	1890	1892	1892
95	» Cuno, Friedrich	1891	1891	1892	1892
96	» Deutsch, Adolf	1891	1891	1892	1892
97	» Kramer Robert	1890	1890	1892	1892
98	» Katzenstein, Moritz	1891	1891	1892	1893
99	» von Meyer, Edward	1887	1887	1893	1893
100	» Marx, Karl	1892	1892	1893	1893
101	» Brodnitz, Siegfried	1890	1890	1893	1893
102	» Benario, Jacques	1891	1891	1893	1893
103	» Kahn, Ferdinand	1891	1891	1893	1893
104	» Kayser, Heinrich	1889	1889	1893	1894
105	» Streng, Wilhelm	1888	1888	1894	1894
106	» Eiermann, Arnold	1891	1891	1894	1894
107	» Knickenberg Ernst	1892	1890	1894	1894
108	» Goldbaum, Adolf	1879	1879	1889	1894
109	» Keller, Gottfried	1887	—	1887	1894
110	» Kohn, Julius	1890	1891	1894	1894
111	» Kallmorgen Wilhelm	1890	1889	1894	1894
112	» Fath, Siegmund	1888	1893	1894	1894
113	» Stern, Albert	1893	1893	1894	1894
114	» Fulda, Heinrich	1893	1893	1894	1894
115	» Ullmann Adolf	1883	1894	1894	1894
116	» Feis, Oswald	1891	1889	1894	1894
117	» Grossmann, Otto	1884	1884	1894	1894
118	» Kurtz, Friedrich	1893	1892	1894	1894
119	» von den Velden, Friedrich	1892	1892	1894	1894
120	» Krug, Josef	1890	1892	1892	1895
121	» Streitke, Gotthold	1891	1891	1895	1895
122	» Hanau, Ludwig	1890	1890	1891	1895
123	» Daube, Kurt, San.-Rat	1872	1871	1875	1895
124	» Strauss, Zadok	1892	1892	1893	1895
125	» Löwenthal, Viktor	1889	1888	1890	1895
126	» Hohenemser, Otto	1892	1892	1895	1895
127	» Minkel, Adolf	1895	1893	1895	1895
128	» Feuchtwanger, Albert	1890	1890	1895	1895

No.	Namen	Approbiert	Promoviert	In Frankfurt als Arzt niedergelassen	Mitglied des Aerztlichen Vereins
129	Dr. Rauch, Fritz	1893	1893	1895	1895
130	» Korte, Heinrich	1892	1892	1895	1895
131	» Baerwald, Arnold	1891	1893	1895	1895
132	» Stern, Josef	1895	1894	1895	1895
133	» Hergenhahn, Eugen	1891	1891	1895	1895
134	» Libbertz, Arnold, San.-Rat	1867	1867	1878	1895
135	» Labes, Ulrich	1890	1895	1895	1895
136	» Ebeling, Hugo	1890	1893	1893	1896
137	» Sanner, Rudolf	1894	1894	1895	1896
138	» Lapp, Wilhelm	1893	1897	1896	1896
139	» Seckbach, Viktor	1894	1892	1896	1896
140	» Grünwald, Karl	1891	1890	1896	1896
141	» Rosenbaum, Emil	1894	1894	1896	1896
142	» Buecheler, Anton	1890	1889	1896	1896
143	» Solm, Richard	1889	1889	1896	1896
144	» Kasprzik, Rudolf, San.-Rat	1878	1877	1896	1896
145	» Gärtner, Ludwig	1894	1894	1896	1896
146	» Veis, Julius	1894	1894	1896	1896
147	» Baer, Theodor	1893	1892	1896	1896
148	» Weyrauch, Julius	1893	1893	1896	1896
149	» Bermann, Ferdinand	1892	1892	1897	1897
150	» Heimann, Arthur	1896	1895	1897	1897
151	» Petersen, Ernst	1885	1886	1897	1897
152	» Siegel, Ernst	1893	1892	1897	1897
153	» von Mettenheimer, Heinrich	1893	1893	1897	1897
154	» Rothschild, John	1894	1892	1897	1897
155	» Gross, Otto	1893	1894	1897	1897
156	» Hainebach, Julius	1894	1893	1897	1897
157	» Wulff, Gottlieb	1895	1895	1897	1897
158	» Dreyfuss, Max	1893	1895	1897	1897
159	» Hausmann, Franz	1893	1892	1897	1897
160	» Stiebel, Gustav	1896	1895	1897	1897
161	» Golhaar, Erich	1895	1894	1898	1898
162	» Lange, Jakob	1897	1896	1898	1898
163	» Simon, Max	1893	1894	1898	1898
164	» Fonrobert, Alexander	1894	1895	1898	1898
165	» Peschel, Max, Professor	1873	1876	1898	1898
166	» Weilhammer, Hans	1890	1891	1898	1898
167	» Witebsky, Michael	1895	1896	1898	1898
168	» Doctor, Ernst	1896	1896	1898	1898
169	» Nahm, Jakob	1894	1895	1898	1898
170	» Müller, Otto Viktor	1896	1897	1898	1898
171	» Berg, Georg	1888	1888	1892	1898
172	» Bamberger, Simon	1897	1897	1899	1899
173	» Schnaudigel, Otto	1894	1894	1899	1899
174	» Strauss, Alfred	1896	1897	1899	1899

No.	Namen	Approbiert	Promoviert	In Frankfurt als Arzt niedergelassen	Mitglied des Aerztlichen Vereins
175	Dr. Neuberger, Julius	1895	1896	1899	1899
176	» Bär, Bernhard	1897	1897	1899	1899
177	» Bischofswerder, Alfred	1898	1895	1899	1899
178	» Plaut, Theodor	1897	1897	1899	1899
179	» Lehmann, Karl	1897	1897	1899	1899
180	» Fromm, Simon	1898	1897	1899	1899
181	» Werthmann, Johann Lorenz	1895	1893	1899	1899
182	» Tassius, Viktor	1884	1884	1899	1899
183	» Ehrlich, Paul, Professor, Geheimer Med.-Rat	1878	1878	1899	1899
184	» Neisser, Max, Professor	1893	1893	1899	1899
185	» Kaufmann, Rafael	1897	1897	1899	1899
186	» Mainzer, Max	1895	1894	1899	1899
187	» Weydt, Georg	1896	1898	1899	1899
188	» Strauss, Josef	1895	1895	1899	1899
189	» Grandhomme, Fritz	1898	1899	1899	1899
190	» Böhm, Henry Julius	1894	1893	1899	1899
191	» Scheven, Otto	1896	1896	1899	1899
192	» Ganz, Otto	1896	1893	1900	1900
193	» Scherer, Josef	1897	1897	1900	1900
194	» Bode, Friedrich	1895	1894	1900	1900
195	» König, Karl	1893	1892	1900	1900
196	» Schmidt, Isidor	1898	1897	1900	1900
197	» Kutz, Arthur	1896	1895	1900	1900
198	» Hildebrand, Richard	1897	1897	1900	1900
199	» Krämer, Felix	1892	1892	1900	1900
200	» *Marcus, Otto	1895	1894	1900	1900
201	» Straus, Friedrich	1896	1895	1900	1900
202	» Landsberg, Ludwig	1899	1897	1900	1900
203	» Sopp, Anton	1897	1898	1900	1900
204	» Metzger, Ludwig	1896	1897	1900	1900
205	» Berlizheimer, Sigmund	1896	1895	1900	1900
206	» Haus, Rudolf Karl	1898	1898	1901	1901
207	» Sachs, Michael	1895	1895	1901	1901
208	» de Bary, August	1897	1897	1901	1901
209	» Roth, Karl, Med.-Rat, Gerichtsarzt	1885	1883	1901	1901
210	» Weisbecker, Leopold	1895	1895	1901	1901
211	» Alexander, Franz	1896	1895	1901	1901
212	» Levy, Emil	1899	1898	1901	1901
213	» Thiergardt, Adolf	1898	1897	1901	1901
214	» Aschheim, Hugo	1893	1894	1901	1901
215	» Schlosser, Karl	1901	1901	1901	1901
216	» Sachs, Hans	1900	1900	1901	1901
217	» Rosenbaum, Saly	1901	1901	1902	1902
218	» Rothschild, Otto	1896	1895	1902	1902
219	» Scheffen, Hermann	1897	1897	1902	1902

No.	Namen	Approbiert	Promoviert	In Frankfurt als Arzt niedergelassen	Mitglied des Aerztlichen Vereins
220	Dr. Maier, Ernst	1898	1897	1902	1902
221	" Schürenberg, Gustav	1897	1898	1902	1902
222	" Scholz, Bernhard	1898	1898	1902	1902
223	" Gärtner, Hugo	1896	1897	1902	1902
224	" Hart, Karl	1875	1879	1902	1902
225	" Wachsmuth, Hans	1897	1897	1902	1902
226	" Zinn, Charles	1899	1899	1902	1902
227	" Gotthold, Jean	1900	1902	1902	1902
228	" Treupel, Gustav, Professor	1891	1891	1903	1903
229	" Schlippe, Karl	1900	1900	1903	1903
230	" von Geldern, Gräfin Friderika	1902	1897	1903	1903
231	" Schild, Rudolf	1897	1897	1903	1903
232	" Baur, Karl	1895	1895	1903	1903
233	" Werner, Emil	1900	1900	1903	1903
234	" Feuchtwanger, Jakob	1897	1897	1903	1903
235	" Meyer, Jakob	1899	1899	1903	1903
236	" Emanuel, Karl	1898	1898	1903	1903
237	" Sachs, Theodor	1898	1899	1898	1903
238	" Löffler, Gustav	1902	1902	1902	1903
239	" Kling, Robert	1900	1901	1903	1903
240	" von Gosen, Hans	1899	1898	1903	1903
241	" Hirsch, Perez	1902	1902	1903	1903
242	" Guggenheim, Emil	1890	1890	1902	1903
243	" Baldes, Karl	1901	1901	1904	1904
244	" Knoblauch, Paul	1897	1896	1904	1904
245	" Winterhalter, Elisabeth	1889	1890	1891	1904
246	" Levi, Gustav	1886	1886	1886	1904
247	" Ponfick, Wilhelm	1898	1900	1904	1904
248	" Grossmann, Emil	1895	1895	1904	1904
249	" Dostert, Alfred	1902	1902	1904	1904
250	" Heichelheim, Sigmund	1899	1898	1904	1904
251	" Lejeune, Adolf	1898	1898	1903	1904
252	" Oxenius, Richard	1897	1897	1904	1904
253	" Koenig, Albert, San.-Rat, Stadtarzt	1886	1884	1904	1904
254	" Jatho, Heinrich	1900	1902	1904	1904
255	" Ossenkopp, Josef	1893	1891	1904	1904
256	" Kränzle, Paul	1895	1900	1904	1904
257	— Oechelhauser, Otto	1904	—	1904	1904
258	Dr. Lossen, Kurt	1898	1898	1904	1904
259	" Kurzezunge, Dagobert	1901	1901	1904	1904
260	" Kalberlah, Fritz	1900	1900	1904	1904
261	" Pfeiffer, Richard	1896	1897	1904	1905
262	" Lindenmeyer, Otto	1900	1900	1904	1905
263	" Bornemann, Wilhelm	1901	1905	1905	1905
264	" Fleck, Georg	1898	1897	1904	1905
265	" Geelvink, Peter	1895	1896	1904	1905

No.	Namen	Approbiert	Promoviert	In Frankfurt als Arzt niedergelassen	Mitglied des Aerztlichen Vereins
266	Dr. Weber, Ernst	1904	1905	1905	1905
267	» Wagner, Paul	1898	1899	1905	1905
268	» Rosenhaupt, Heinrich	1902	1902	1905	1905
269	» Beck, Karl	1901	1901	1905	1905
270	» Lilienfeld, Sidney	1899	1900	1905	1905
271	» Becker, Ferdinand	1897	1898	1905	1905
272	» Weber, August	1904	1905	1905	1905
273	» Goldschmidt, Siegfried	1903	1904	1905	1905
274	» Sommerlat, Norbert	1904	1904	1905	1905
275	» Adolf, Friedrich	1893	1894	1905	1905
276	» Richartz, Heinz	1893	1893	1905	1905
277	— Soltans, Karl	1903	--	1904	1906
278	Dr. Vatter, Gustav	1900	1901	1905	1906
279	» Juliusberg, Max	1900	1900	1906	1906
280	» Mannheimer, Jakob	1892	1892	1906	1906
281	» Portmann, Bernhard	1901	1901	1906	1906
282	» Salvendi, Hugo	1902	1902	1906	1906
283	» Simrock, Karl	1906	1906	1906	1906
284	» Lüthje, Hugo, Professor	1897	1895	1906	1906
285	» Hahn-Opificius, Marie	1904	1905	1906	1906
286	» Loewe, Otto	1903	1903	1906	1906
287	» Linck, Ernst	1905	1905	1906	1906
288	» Hirsch, Otto	1901	1901	1906	1906
289	» Liefmann, Emil	1901	1901	1906	1906
290	» Heiland, Ferdinand, San.-Rat	1874	1873	1905	1907
291	» Plaut, Max	1903	1903	1907	1907
292	» Marcus, Hermann	1903	1903	1907	1907
293	» Ascher, David	1905	1905	1907	1907
294	» Kaufmann, Eugen	1903	1903	1907	1907
295	» Kannegiesser, Joachim	1897	1897	1907	1907
296	» Schmitt, Willy	1901	1902	1907	1907
297	» Natt, Hugo	1904	1904	1907	1907
298	» Helwig, Ludwig	1895	1896	1907	1907
299	» Keil, Ernst	1903	1905	1907	1907
300	» Marx, Lion	1902	1902	1907	1907
301	» Lewinberg, Georg	1904	1904	1907	1907
302	» Willemer, Karl	1890	1897	1897	1907
303	» Rahm, Nikolaus, San.-Rat	1887	1887	1907	1907
304	» Waldmann, Carl	1890	1890	1907	1907
305	» Voss, Otto, Professor	1894	1893	1907	1907
306	» Rudow, Arthur	1894	1893	1907	1907
307	» Herzog, Ulrich	1898	1898	1907	1907
308	» Vogt, Heinrich	1899	1899	1907	1907
309	Philippson, Paula	1903	1904	1907	1907
310	» Wagenknecht, Julius	1902	1904	1907	1907
311	» Wildersinn, Ferdinand	1896	1898	1907	1907

No	Name	Approbiert	Promoviert	In Frankfurt als Arzt niedergelassen	Mitglied des Aerztlichen Vereins
312	Dr. Lipstein, Alfred	1899	1899	1907	1907
313	» Baumstark, Robert Barthold	1896	1896	1907	1908
314	» Wild, Ludwig	1900	1900	1908	1908
315	» Hauschild, Heinrich	1903	1906	1908	1908
316	» Würzburger, Adolf	1903	1903	1908	1908
317	» Amberger, Jakob	1895	1894	1908	1908
318	» Schuster, Paul	1902	1902	1908	1908
319	» Canné, Ernst	1891	1891	1895	1908
320	» Offergeld, Heinrich	1903	1903	1908	1908
321	» Schimmelpfennig, Siegfried	1897	1904	1908	1908
322	» Kahn, Karl Heinrich	1903	1903	1908	1908
323	» Weiss, Hugo	1901	1903	1908	1908
324	» Bechtold, Karl	1902	1901	1908	1908
325	» Osann, Ernst	1902	1902	1908	1908
326	» Quincke, Heinrich, Professor, Geh. Medizinalrat	1864	1863	1908	1908
327	» Röthig, Paul	1899	1898	—	1908
328	» Fischer, Bernhard, Professor	1900	1900	1908	1908
329	» Gause, Karl	1900	1902	1908	1908
330	» Leser, Edmund, Professor	1880	1880	1908	1908

Ausserordentliche Mitglieder des Aerztlichen Vereins
am 31. Dezember 1908

No	Namen	Approbiert	Promoviert	Niederlassung	Mitglied des Aerztl. Vereins
1	Dr. Thilenius, Otto, Geh. San.-Rat, Soden a. T.	1869	1868	1870	1871
2	» Wilhelm, Ludwig, San. Rat, Roedelheim	1877	1876	1878	1878
3	» Wolff, Karl, San.-Rat, Griesheim a. M.	1872	1870	1879	1879
4	» Hauser, Ludwig, Geh. Ober-Med.-Rat Darmstadt	1867	1867	1867	1879
5	» Lommel, Karl, San.-Rat, Homburg v. H.	1874	1873	1874	1879
6	» Weber, Karl, San.-Rat, Homburg v. H.	1871	1870	1872	1880
7	» Groedel, Isid., Prof. Med.-Rat, Bad-Nauheim	1874	1874	1875	1881
8	» Haupt, August, San.-Rat, Soden a. T.	1876	1875	1881	1881
9	» Beinhauer, Hugo, Med.-Rat, Kreisarzt Höchst a. M.	1873	1873	1882	1882
10	» Gottschalk, Eugen, Griesheim a. M.	1882	1882	1884	1884
11	» Müller, Richard, San.-Rat, Bad Nauheim	1868	1868	1870	1884
12	» Bachfeld, Rudolf, Offenbach a. M.	1884	1884	1886	1885
13	» Gottfried, Jakob, Niederrad	1887	1890	1890	1887
14	» Hughes, Henry, Soden a. T.	1887	1887	1888	1888
15	» Sartorius, Ernst, Höchst a. M.	1885	1884	1888	1888
16	» Albrecht, Franz, Schmitten i. T.	1886	1886	1888	1889
17	» Bruck, Martin, Bad Nauheim	1889	1887	1889	1890
18	» Geist-Jakobi, G. P., Zahnarzt	1887	1888	1889	1890
19	— Peters, Hans, Zahnarzt	1888	—	1890	1890
20	Dr. Scherk, Karl, San.-Rat, Homburg v. H.	1867	1866	1890	1890
21	» Friedlieb, Karl, Homburg v. H.	1884	1884	1890	1891
22	» Knauf, Ernst, Neu-Isenburg	1885	1886	1885	1891
23	» Flichter, Leopold, Neu-Isenburg	1887	1887	1887	1892
24	» Oberstadt, Ferdinand, Med.-Rat, Kreisarzt, Langenschwalbach	1875	1874	1879	1892
25	„ Kohnstamm, Oskar, Königstein a. T.	1894	1893	1895	1895
26	» Radt, Julian, Höchst a. M.	1888	1888	1888	1895
27	» Hartmann, Moritz, San.-Rat, Hanau	1875	1875	1876	1896
28	» Schaeffer-Stuckert, Fritz, Zahnarzt	1889	1895	1889	1896
29	» Schulze-Kahleyss, Max, Hofheim a. T.	1894	1894	1896	1896
30	» Feibusch, Karl, Zahnarzt	1895	1896	1896	1897
31	» Nützel, Christian, Hattersheim	1889	1890	1891	1897
32	— Theis, Wilhelm, Zahnarzt	1893	—	1893	1897
33	Dr. Günzel, Otto, Soden a. T.	1894	1894	1896	1898
34	» Gottschalk, Richard, Ginnheim	1887	1887	1899	1899
35	» Pariser, Kurt, Homburg v. H.	1888	1886	1899	1899
36	» Rothschild, David, Soden a. T.	1898	1897	1899	1899
37	» Glanz, Adolf, Heddernheim	1898	1898	1900	1900
38	» Friedländer, Adolf, Hofrat, Hohe Mark	1895	1895	1904	1900
39	» Laudenheimer, Rudolf, Alsbach a. B.	1894	1894	1900	1900
40	» Maley, Adolf, Vilbel	1883	1883	1887	1900

No	Namen	Approbiert	Promoviert	Niederlassung	Mitglied des Aerztl. Vereins
41	Dr. Frank, Karl, Zahnarzt	1892	1893	1895	1901
42	» Krogh, Axel, Rödelheim	1897	1896	1897	1901
43	» Langebartels, H. Th. C. Bad Nauheim .	1891	1891	1891	1901
44	» Lewinsohn, Benno, Soden a. T. . . .	1900	1900	1901	1901
45	» Lilienstein, Siegfried, Bad Nauheim .	1895	1895	1902	1902
46	» Goldberg, Ludwig, Heddernheim . . .	1888	1888	1899	1902
47	» Mayer, Karl, Wiesbaden	1882	1883	1885	1902
48	» Scherf, Josef, Bad Orb	1892	1892	1893	1902
49	» Spielmans, Max, Homburg v. H. . . .	1901	1901	1902	1902
50	» Ewald, Walter	1902	1902	1903	1903
51	» von Ploenies, Ernst, Cronberg a. T. .	1887	1887	1903	1903
52	» Häberlin, Karl, Bad Nauheim	1903	1903	1904	1904
53	» Marx, Ernst, Professor, Stabsarzt . . .	1895	1893	1899	1900
54	» Drüner, Leo, Stabsarzt	1894	1894	—	1905
55	» von Noorden, Werner, Homburg v. H.	1885	1885	1904	1905
56	» Embden, Gustav	1899	1899	—	1905
57	» Isserlin, Max, Soden a. T.	1900	1903	1905	1905
58	» Wolf, Ernst	1900	1900	—	1905
59	» Wislicenus, Gustav	1902	1903	—	1905
60	» Riechelmann, Wilhelm, Homburg v. H.	1901	1901	1905	1905
61	» Haase, Wilhelm, Homburg v. H. . . .	1900	1899	1903	1905
62	» Dölger, Robert, Stabsarzt, ...	—	—	—	1906
63	» Graul, Gaston, Neuenahr	1897	1897	1903	1906
64	» Moritz, Friedrich, Prof., Strassburg i. E. .	1886	1885	1892	1906
65	» Sichel, Max	1904	1904	1906	1906
66	» Brauer, Ludw., Professor, Marburg . .	—	—	—	1906
67	» Fertig, Direktor, Hanau	—	—	—	1906
68	» Ambrosius, Walter, Hanau	1890	1890	1894	1906
69	» Prorok, Arthur, Soden a. T.	1904	1904	1905	1906
70	» Zuschlag, Gustav, Direktor, Hanau . .	1892	1892	—	1906
71	» Opitz, Professor, Marburg	—	—	—	1906
72	» Hommerich, Karl	1903	1903	—	1906
73	» Schütz, Robert, Wiesbaden	1893	1894	1898	1906
74	» Heinrich, Georg, Oberursel	1903	1903	1906	1906
75	» Bingel, Adolf	1902	1902	1906	1906
76	» Schwerin, Paul, Höchst a. M.	1888	1889	1892	1906
77	» Schmiedicke, Otto, Generalarzt, Korpsarzt	1881	1880	1906	1906
78	— Haas, Friedrich, Eschersheim	1903	—	1904	1906
79	Dr. Reiss, Emil	1902	1902	1906	1907
80	» Schüler, Julius, Bischofsheim b. Hanau	1891	1894	1892	1907
81	» Moses, Leo	1905	1905	1907	1907
82	» Wegener, Wilhelm, Eckenheim . . .	1905	1907	1907	1907
83	» Goldschmid, Edgar	1906	1906	1906	1907
84	» Brandt, Friedrich, Zahnarzt	1884	1899	1907	1907
85	» Propping, Carl	1904	1904	1907	1907
86	» Hoehne, Fritz	1903	1903	1907	1907

No.	Namen	Approbiert	Promoviert	Niederlassung	Mitglied des Aerztl. Vereins
87	Dr. Gutmann, Karl, Wiesbaden	1899	1898	1906	1907
88	» Pfannmüller, Ferdinand, Hausen . .	1894	1894	1902	1907
89	» Betke, Richard	1902	1902	1907	1907
90	» Wagner, Albert, Langenschwalbach . .	1886	1886	1907	1907
91	» Osann, Fritz, Stabsarzt	1890	1891	1907	1908
92	» Dannehl, Paul, Oberstabsarzt	1893	1892	1908	1908
93	» Berghaus, Wilhelm, Stabsarzt	1897	1896	1907	1908
94	» Rothschild, Max	1897	1895	1908	1908
95	» Kopp, Friedrich	1906	1906	1908	1908
96	» Wilke, Arnold	1902	1902	1908	1908
97	» Grosser, Paul	1903	1903	1908	1908
98	» Schellenberg, Georg	1901	1904	1908	1908
99	» Krekels, Oskar	1895	1896	1908	1908

Personalien der im Jahre 1908 neu eingetretenen Mitglieder.

a) Ordentliche Mitglieder.

	Zu- und Vorname	Zeit und Ort der Geburt	Besuchte Universitäten	Jahr u. Ort der Approbation	Jahr u. Ort der Promotion	Seitherige Tätigkeit
1.	Baumstark Robert Barthold	24. Mai 1872 Karlsruhe i. B.	Tübingen, Erlangen, München, Freiburg i. B.	1896 Freiburg i. B.	1896 Freiburg i. B.	Prakt. Arzt in Homburg v. d. H.
2	Wild Ludw.	5. Dez. 1875 Pforzheim	Strassburg i. E., Freiburg i. B., Berlin, München	1900 München	1900 München	Schiffsarzt bei der Hamburg-Amerika-Linie; Volontärassistent bei Prof. Benda, Berlin; Assistenzarzt bei Prof. König, Altona; Volontärassistent bei Dr. Poten, Hannover; Volontärassistent bei Geheimer Olshausen, Berlin; Assistenzarzt bei Prof. Hackenrodt, Berlin
3.	Hauschild Heinrich	8. März 1876 Leipzig	Würzburg, Leipzig, Bonn, München, Strassburg, Erlangen	1903 Erlangen	1906 Leipzig	II. Assistenzarzt am Heiliggeisthospital Frankfurt a. M.; Assistenzarzt am Bürgerhospital Frankfurt a. M.; Schiffsarzt, Vertreter in Leipzig und Freudenberg (Westfalen). I. Assistenzarzt an der Hannoverschen Kinderheilanstalt Hannover.
4.	Würzburger Adolf	26. Nov. 1879 Karlsruhe	Heidelberg, München	1903 München	1903 München	1 Jahr Gynäkolog. Universitätsklinik München (Prof. Amann); 1 Jahr Säuglingsmilchküche und Kinderpoliklinik München; 2½ Jahr Kinderkrankenhaus Berlin bei Prof. Baginsky, bei Prof. Michaelis und jüdisches Krankenhaus Berlin und bei Dr. Liebmann, Berlin.

	Zu- und Vorname	Zeit und Ort der Geburt	Besuchte Universitäten	Jahr u. Ort der Approbation	Jahr u. Ort der Promotion	Seitherige Tätigkeit.
5.	Amberger Jakob	1. Juli 1870 Frankfurt a. M.	Jena, Heidelberg, Würzburg	1895 Jena	1894 Würzburg	1896/97 Assistenzarzt am physiolog. Institut Königsberg i. Pr.; 1897 Volontärarzt in der chirurg. Abt. des städt. Krankenhauses Frankfurt a. M.; 1898/99 Assistenzarzt am Bürgerhospital Frankfurt a. M.; 1899 Volontärarzt an der Universitätsfrauenklinik München; dann prakt. Arzt in Frankfurt a. M. bis Anfang 1901; 1901 bis 1906 Assistenzarzt an der chirurg. Abteilung des städt. Krankenhauses Frankfurt a. M.; 1906 bis Januar 1908 leitender Arzt des städt. Krankenhauses Oberstein. Seit 1. Januar 1908 Oberarzt an der chirurg. Klinik des städt. Krankenhauses Frankfurt a. M.
6.	Schuster Paul	23. Sept. 1877 Frankfurt a. M.	Freiburg i. B., München, Berlin	1902 Freiburg i. B.	1902 Freiburg i. B.	2 Jahre Assistenzarzt an d. Universitäts-Augenklinik Würzburg (Geheimrat Hess); 2¼ Jahre Volontärassistent an d. Universitäts-Augenklinik Berlin (Geheimrat v. Michel).
7.	Canné Ernst	8. März 1867 Frankfurt a. M.	Strassburg i. E., München, Berlin	1891 München	1891 München	Vom 1. April 1891 bis 1. April 1893 Assistenzarzt am städt. Krankenhaus in Frankfurt a. M. (Prof. Rehn und Sanitätsrat Knoblauch †); dann Schiffsarzt bei der Hamburg-Amerika-Linie. Seit 1895 prakt. Arzt in Frankfurt a. M. Seit 1892 Stabsarzt der Reserve.
8.	Offergeld Heinrich	27. Mai 1877 Bonn	Marburg, Bonn	1903 Bonn	1903 Bonn	Assistenzarzt bei Geheimrat Witzel, Bonn; bei Geheimrat Küster, Marburg; bei Geheimrat v. Winkel, München; bei Prof. Amann, jr., München; bei Prof. Winter, Königsberg.
9.	Schimmelpfennig Siegfried	8. Jan. 1873 Memel	Königsberg i. Pr.	1897 Königsberg i. Pr.	1904 Königsberg i. Pr.	Spezialarzt für Hals-, Nasen- und Ohrenkranke in Hohensalza, Provinz Posen.

	Zu- und Vorname	Zeit und Ort der Geburt	Besuchte Universitäten	Jahr u. Ort der Approbation	Jahr u. Ort der Promotion	Seitherige Tätigkeit
10.	Kahn Karl Heinrich	19. Aug. 1879 Frankenthal (Rheinpfalz)	Würzburg, München, Strassburg, Berlin	1903 Würzburg	1903 Würzburg	Einjährigerarzt in München (Oberstabsarzt Dr. Friedrich); Unterarzt in Lindau i. Bodensee; städt. Krankenhaus Frankfurt a. M. (v. Noorden); pathol. anatom. Institut d. Charité Berlin (Geheimrat Orth); städt. Krankenhaus Moabit, inn. Abtlg. (Geheimrat Goldscheider, v. Renvers, Prof. Klemperer); Poliklinik für Hals-, Nasen- u. Ohrenkrankheiten bei Prof. Heymann, Berlin.
11.	Weiss Hugo	15. März 1875 Kaschau (Ungarn)	Berlin, Leipzig	1901 Leipzig	1901 Leipzig	Von März 1902 bis April 1908 in Altenburg (Herzgt. S.-A.).
12.	Bechtold Karl	16. Aug. 1877 Frankfurt a. M.	Marburg, München, Heidelberg, Würzburg	1902 Würzburg	1902 Würzburg	1902–04 Assistenzarzt bei Geheimrat Dr. Bockenheimer Frankfurt a. M.; von Mai bis Dezbr. 1904 Volontärassist. bei Prof. Behn (städt. Krankenhaus Frankfurt a. M.); Dezbr. 1904 bis Jan. 1906 Schiffsarzt b. im Norddeutschen Lloyd. Ostern 1906 bis Ostern 1907 Assistenzarzt an der Frauenklinik von Dr. Siedentopf, Magdeburg. Ostern 1907 bis Herbst 1908 prakt. tätig und assoziiert mit Dr. Steiner, Olbershau (Sachsen).
13.	Osann Ernst	10. Juli 1877 Düsseldorf	München, Kiel, Berlin	1901 Berlin	1902 Leipzig	4 Jahre Assistenzarzt an der Poliklinik für Nervenkranke von Prof. Oppenheim, Berlin und an der psychiatrischen Klinik der Universität Strassburg; ¾ Jahr Nervenarzt in Hannover (Oktober 1907 bis Juli 1908).
14.	Quincke Heinrich	26. Aug. 1842 Frankfurt a. M.	Berlin, Würzburg, Heidelberg	1864 Berlin	1863 Leipzig	Professor der medizinischen Klinik in Bern (1873–78) und Kiel (1878–1908)

	Zu- und Vorname	Zeit und Ort der Geburt	Besuchte Universitaten	Jahr u. Ort der Approbation	Jahr u. Ort der Promotion	Seitherige Tatigkeit
15.	Rothig Paul	24. April 1874 Berlin	Berlin und Freiburg i. B.	1899 Berlin	1898 Berlin	War rein wissenschaftl. Natur, als Assistenzarzt am anatomisch-biologischen Institut (Berlin), bei Geheimrat H. Munk und Geheimrat Liebreich (Berlin).
16	Fischer Bernhard	25. Jan. 1877 Stolberg b. Aachen	Strassburg, München, Berlin, Bonn	1900 Bonn	1900 Bonn	Assistenzarzt am patholog. Institut Bonn 1900 bis 1. Februar 1903. 1903 Privatdozent an der Universität Bonn. 1. Februar bis 1. November 1908 Prosektor am Augustahospital zu Koln a. Rh.
17.	Ganse Karl	5 Jan. 1874 Frankfurt	Marburg, Berlin	1900 Marburg	1902 Marburg	Usseln i. Waldeck; Titting bei Eichstatt.
18.	Leser Edmund	1. Mai 1853 Münster i. W.	Bonn, Leipzig, Halle	1880 Leipzig	1880 Leipzig	August 1880 bis 1889 Assistenzarzt bei Prof. v. Volkmann; 1884 Privatdozent für Chirurgie; 1891 Universitätsprof., vom 1. Oktbr. 1888 Leiter der chirurg. Privatklinik mit 5, 45, 50 Betten.

b) Ausserordentliche Mitglieder.

	Zu- und Vorname	Zeit und Ort der Geburt	Besuchte Universitäten	Jahr u. Ort der Approbation	Jahr u. Ort der Promotion	Seitherige Tätigkeit
1	Osann Fritz	6. Juli 1866 Darmstadt	Heidelberg, Würzburg, Strassburg, Freiburg i. B.	1890	1891	Stabsarzt im 5. badischen Infanterieregiment 113. Freiburg i. B
2.	Dannehl Paul	18. Aug. 1869 Berlin	Berlin	1893 Berlin	1892 Berlin	z. Z. Oberstabsarzt.
3	Berghaus Wilhelm	6 Nov. 1873	Berlin	1897 Berlin	1896 Berlin	1897 bis 1904 Militärarzt. Metz i. Loth. beim Infanterieregiment 131 und Sanitätsamt des Korps. 1904 bis 1907 als Stabsarzt kommandiert zum hygien. Institut der Universität Berlin. Seit 1907 kommandiert zum Institut für experim. Therapie als Mitglied.
4	Rothschild Max	1. Nov. 1872 Augenrod (Oberhessen)	Würzburg	1897 Würzburg	1895 Würzburg	Februar bis Mai 1897 allgemeine Praxis in Alsfeld. Juni 1897 bis 1908 in Gross-Auheim.
5.	Kopp Friedrich	2. April 1880 Freiburg i. B	Tübingen, Freiburg i. B.	1906 Freiburg i. B	1906 Freiburg i. B	Juni 1906 bis Juni 1907 Med.-Praktikant am Diakonissenhaus Freiburg i. B., Juni 1907 bis Dezember 1907 Einjährigfreiwilligerarzt; Dezember 1907 bis Februar 1908 Unterarzt. Seit März 1908 Assistenzarzt im St. Marienkrankenhause Frankfurt a. M.

	Zu- und Vorname	Zeit und Ort der Geburt	Besuchte Universitäten	Jahr u. Ort der Approbation	Jahr u. Ort der Promotion	Seitherige Tätigkeit
6.	Wilke Arnold	26. Juni 1879 Burg bei Magdeburg	Freiburg i. B., Berlin, Halle a. S.	1902 Halle a. S.	1902 Halle a. S.	Von April 1902 bis Oktober 1904 neurolog. und gynäkolog. Assistenzarzt; vom 1. Oktober 1904 bis Juni 1908 prakt. Arzt in Arneburg a. Elbe.
7.	Grosser Paul	4. Febr. 1880 Berlin	Be lin, Freiburg, München	1903 München	1903 Leipzig	Wintersemester 1903/04 Einjährigerarzt. Sommersem. 1904 bis Wintersemester 1904/05 bei Geheimrat Salkowski am physik.-chemischen Institut der Charité. Mai 1906 bis September 1905 Volontärarzt, Oktbr. 1905 bis Sept. 1907 Assistenzarzt am Berliner stadt. Krankenhaus am Urban; Oktober 1907 bis März 1908 Volontärarzt bei Geheimrat Heubner, April 1908 bis Sept. 1908 Assistenzarzt bei Prof. Finkelstein.
8.	Schellenberg Georg	10. Juni 1877 Leipzig	Leipzig	1901 Leipzig	1904 Leipzig	März bis September 1901 Assistenzarzt an der Lungenheilanstalt Carolagrün i. Sa. Novbr. 901 bis Mai 1902 Einjährigfreiwilligerarzt; Mai bis Juli 1902 mehrere prakt. Aerzte vertreten; seit Juli 1902 Assistenzarzt, bezw. Oberarzt an den Heilstätten Beelitz i. Mark.
9.	Krekels Oskar	21. März 1871 Stolberg	Strassburg i. E.	1895 Strassburg	1896 Strassburg	1896 bis 1899 Assistenzarzt bei Prof. Grawitz, Berlin; 1899 bis 1901 II. Arzt des Aug.-Viktoria-Bades in Wiesbaden; 1902 bis 1905 Arzt in Frankfurt; 1905 bis 1908 Arzt am Sanatorium Konstanzerhof, Konstanz. Seit April 1908 leit. Arzt des Sanatoriums Paulinenberg, Langenschwalbach.

Nekrologe.

Dr. Heinrich Heyder.

Am 17. Februar 1908 verschied Heinrich Heyder nach sechstägigem Krankenlager infolge einer Blinddarmentzündung mit postoperativer Bauchfellentzündung im bestem Mannesalter von 44 Jahren.

Mitten aus seiner beruflichen Tätigkeit, nach eben beendeter Tagesarbeit musste Heyder in das St. Marienkrankenhaus verbracht werden, wo noch in derselben Nacht die Operation vorgenommen wurde.

Trotz liebevollster Pflege seitens der Schwestern des Krankenhauses, die sich in doppelter Sorgfalt um ihn bemühten, um auch dadurch ihm ihre Dankbarkeit zu bezeugen für seine tätige Mitarbeit bei der Errichtung des Krankenhauses, trotz aller Anstrengungen der Aerzte des Hauses gelang es nicht, Heyder zu retten, nachdem am 3. Tage nach der Operation eine Bauchfellentzündung hinzugekommen war.

Heyder ist geboren am 18. November 1863 zu Rödelheim b. Frankfurt a. M.

Er besuchte das Gymnasium zu Aschaffenburg, wo er auch absolvierte.

1883 bezog er die Universität Giessen, woselbst er während seiner ganzen Studienzeit blieb.

Durch die Arbeit: „Die Operationsmethoden des Rektumkarzinoms" bewarb er sich um den Balzer-Preis an der Universität, der ihm auch einstimmig von der Fakultät zuerkannt wurde.

1889 bestand Heyder sein medizinisches Staatsexamen und war dann zunächst in Falkenstein als Assistenzarzt tätig.

1890 liess er sich in Frankfurt a. M. als praktischer Arzt nieder.

Durch unermüdlichen Fleiss erwarb er sich bald eine ausserordentlich grosse Praxis, die ihn von Morgens bis spät in die Nacht in Anspruch nahm.

Ausserdem betätigte er sich im kirchlichen und politischen Leben der Stadt sehr eifrig und manche Stunde Nachtarbeit brachte diese Tätigkeit mit sich, da der Tag fast ganz durch den Beruf ausgefüllt war.

Er gehörte seit 1899 dem Kirchenvorstande der katholischen Gemeinde und von 1900 – 1906 der Stadtverordnetenversammlung an, in der er eine Zeitlang das Amt eines Schriftführers bekleidete.

In dieser ehrenamtlichen Tätigkeit war er stets bemüht, die Interessen des ärztlichen Standes zu vertreten und zu fördern.

Zur Zeit der Einführung der freien Arztwahl trat Heyder entschieden für die Durchführung derselben ein. Er gehörte auch längere Zeit verschiedenen Kommissionen des Aerzteverbandes für freie Arztwahl an.

Einen schweren Verlust, von dem er sich auch nicht mehr ganz erholte, erlitt Heyder durch den 1905 erfolgten Tod seiner Gemahlin, seiner treuen und den Patienten wohlbekannten Mitarbeiterin, die gleichfalls nach kurzem Krankenlager einer postoperativen Bauchfellentzündung erlag.

Seitdem zog sich Heyder etwas vom öffentlichen Leben zurück und widmete sich lediglich noch seiner Praxis, bis auch ihn der Tod abrief.

Die selbst für Frankfurt ganz aussergewöhnlich grosse Beteiligung von Leidtragenden bei der Beerdigung bewies, wie sehr sich Heyder die Achtung und Verehrung seiner Mitbürger erworben hat.

Besonders zahlreich war die Beteiligung auch seitens der Kollegen, die dadurch zum Ausdrucke brachten, dass Heyder auch im Tode ihnen stets in ehrendem und treuen Angedenken bleiben werde.

Dr. jur. K. Weber.

Adolf Harbordt.

Adolf Harbordt wurde am 22. Oktober 1843 in Gladenbach in Oberhessen geboren, als Sohn des Landrichters Friedrich Harbordt. Er starb im Alter von 64 Jahren an einer Pneumonie am 27. März 1908 zu Frankfurt a. M.

Harbordt verlebte im Kreise der Eltern und 5 Geschwister eine überaus glückliche Kindheit auf dem Lande. 1858—62 besuchte er in Giessen das Gymnasium, begann Ostern 1862 dortselbst das Studium der Medizin, und siedelte 1865 nach Heidelberg über, um dort Friedreich, Knapp, vor allem aber C. O. Weber zu hören, dem er noch bis an sein Lebensende dankbare Erinnerung bewahrte.

1866 durfte Harbordt in Begleitung Webers und Billroths eine Reise über die Schlachtfelder und in die Kriegslazarethe mitmachen.

Herbst 1866 finden wir ihn in Marburg bei Roser, dann kurze Zeit in Wien und Prag.

1867 bei Langenbeck. 1867—68 machte er sein Staatsexamen in Berlin. Seine Doktorarbeit betraf „die Amputation mit Erhaltung des Periosts."

1868 widmete sich Harbordt der Psychiatrie unter Erlenmeyer in Bendorf.

1869 übernahm er die Assistentenstelle an der chirurgischen Abteilung des Hospitals zum heil. Geist in Frankfurt a. M., die damals unter Leitung von Friedrich Wilhelm Fabricius, einem der Gründer des ärztlichen Vereines stand. Nach dessen Tod im Jahre 1872, also schon nach drei Jahren, wurde Harbordt sein Nachfolger, namentlich in Anerkennung der für die damalige Zeit weitblickenden reformatorischen Tätigkeit und vortrefflichen Resultate, die er im Kriegsjahr 70 — 71 erzielte.

Bis zu seinem lezten Lebenstage, also fast 40 Jahre, stand Harbordt an der Spitze seiner Abteilung in unermüdlicher Treue und Fürsorge. Harbordt hatte in seinem Wesen nichts Bestechendes oder Hinreissendes, im Gegenteil,

für den Fernerstehenden eher ein abweisendes, scheinbar schroffes Benehmen. Nur der, dem es vergönnt war, länger mit ihm zusammen zu arbeiten, sah ihm tiefer in's Herz und darf sich ein Urteil über ihn als Mensch und als Arzt gestatten. Er war ein geübter Diagnostiker, auch auf dem Gebiete der inneren Medizin. Seine operativen Eingriffe zeichneten sich durch exakte Diagnose und strenge Indikationstellung aus. Seine Ruhe bei den Operationen war geradezu sprichwörtlich. Obwohl er stets grossen Wert auf genau geführte Krankengeschichten legte, blieb ihm leider nicht die Zeit, das in den langen Jahren angesammelte Material zu grösseren wissenschaftlichen Arbeiten zu verwerten.

Als einer der Ersten, konstruierte Harbordt 1889 eine Extensionsschiene zur ambulatorischen Behandlung bei Oberschenkelbrüchen. Regen Anteil nahm er stets an allem, was den ärztlichen Verein betraf, dem er 1871 beigetreten, dessen Schriftführer er 1883 und dessen Vorsitzender er 1893 war.

Erholung von seinem aufreibenden Beruf fand unser Kollege daheim bei den Seinen. In seinem kleinen Haus und dem mit ausserordentlicher Liebe gepflegten Garten hatte er stets etwas zu erneuern und zu verbessern, und zu fröhlichen Festen versammelte er gern einen kleinen Kreis vertrauter Freunde. Glücklich war Harbordt, wenn er seinen Urlaub mit Frau und Tochter zu einer grössern Reise verwenden konnte, von der er dann überraschend schöne, oft hochpoetische Schilderungen des Erlebten an die ihm Nahestehenden sandte. Wenn man sich vergegenwärtigt, dass Harbordt aus einer Zeit stammt, in der die fabelhafte Entwicklung der Chirurgie noch nicht geahnt wurde, so wird man erst das volle Verständnis dafür bekommen, mit welch' offnem Blick er die einzelnen Phasen der Fortschritte erkannt und gewissermassen als Autodidakt gelernt hat, die jeweiligen Errungenschaften der verschiedenen Epochen unter meist sehr schwierigen äusseren Verhältnissen seinem Können, und damit dem Wohl seiner Kranken zu Nutze zu machen.

Wie vielen Kollegen ist es bekannt, dass das in den 30er Jahren neu erbaute, und noch lange Zeit als den modernsten Anforderungen entsprechende Hospital zum heiligen Geist, um dessen hervorragende Einrichtungen kennen zu lernen, die Gelehrten aus aller Herren Länder, ja sogar gekrönte Häupter kamen, noch nicht einmal einen Raum vorgesehen hatte, in dem die nötigsten Operationen vorgenommen werden

konnten. Der Tisch, auf dem die Amputationen und Resektionen im Krankensaal vor den Augen der andern Kranken ohne Narkose gemacht wurden, ist noch vorhanden.

Nach jahrelangem Ringen brachte es Harbordt zu Wege, dass ihm ein eigner Operationsraum zur Verfügung gestellt wurde. Als gar die Aera der Asepsis kam, und die Anschaffung hiezu unerlässlicher Apparate als notwendig anerkannt wurde, setzte er alles daran, um endlich auch über ein einigermassen modern eingerichtetes Operationszimmer verfügen zu können. Noch eine letzte grosse Freude erlebte er, nämlich die Fertigstellung seines langgeplanten kleinen Neubaus, speziell für aseptische Operationen. Die schönste Zeit seiner Tätigkeit am Hospital, die ja den Schwerpunkt seines ärztlichen Lebens ausmachte, war diejenige des Zusammensarbeitens mit Cnyrim und Weigert.

Die fast täglichen gemeinsamen Beratungen am Krankenbette bildeten eine unversiegbare Quelle stetiger, gegenseitiger Anregung und freundschaftlichen kollegialen Zusammenwirkens, ebenso wie an den belehrenden Aufklärungen Weigerts fast ausnahmslos das gesamte Aerztepersonal Teil nahm, einerlei, welche Abteilung sie betrafen. Harbordt war so mit seiner Tätigkeit verwachsen, dass ein Aufgeben seiner fast vierzigjährigen Stellung am Hospital für ihn von unberechenbaren Folgen gewesen wäre. Noch in seinen letzten Fieberphantasien bildete sein Hospital den immerwiederkehrenden Gegenstand seiner Gedanken, und so dürfen wir es vielleicht als ein gütiges Vorgehen des Schicksals betrachten, dass es ihn, den scheinbar so kräftigen, nie von einer ernsten Krankheit befallenen Mann jählings abrief.

Uns, den zurückgebliebenen Freunden und Kollegen wird allerdings darob der Verlust nicht leichter.

Demmer.

Eugen Albrecht †

Eine erschütternde Kunde durcheilte am Morgen des 18. Juni 1908 Frankfurt: Plötzlich und selbst den Nächststehenden unerwartet hatte der Tod Weigerts Nachfolger, den Direktor der Senckenbergischen Anatomie, dahingerafft. Weit über die Grenzen Frankfurts ja Deutschlands hinaus wirkte die Kunde tief erschütternd. Es war nicht allein für Frankfurt ein schwerer Verlust, die gesamte medizinische Wissenschaft stand in tiefster Trauer an diesem Totenlager.

Denn mit Eugen Albrecht ist wohl der Bedeutendste der jüngeren Pathologen Deutschlands uns nur allzufrüh entrissen worden.

Er war ein Sohn Bayerns und seiner süddeutschen Heimat allzeit in treuer Liebe zugetan. Am 21. Juni 1872 wurde er zu Sonthofen im Allgäu geboren*) als Sohn des jetzigen Direktors der Münchner tierärztlichen Hochschule, Hofrat Prof. Dr. Michael Albrecht. Eine strenge und einfache Erziehung im Kreise zahlreicher jüngerer Geschwister ward ihm zu teil, während die Liebe einer geistig hochstehenden, von ihm innig verehrten Mutter bis an sein Lebensende treu über ihm gewacht hat. In seinem 9. Lebensjahre siedelten seine Eltern nach Freising über, dessen Gymnasium er glänzend absolvierte. Die Wahl des Faches, dem er seine Lebensarbeit widmen wollte, war nicht leicht, zogen ihn doch einerseits die Naturwissenschaften aufs lebhafteste an, während er schon auf dem Gymnasium so glänzende Fähigkeiten für Philologie und Sprachwissenschaften an den Tag gelegt hatte, dass er längere Zeit schwankte, ob er nicht der Philologie sich ganz widmen wollte. Bald entschied er sich aber doch für das Studium der Medizin, dem er in den Jahren 1890—96 sich widmete, ausschliesslich an der Münchner Universität.

---

*) Die Angaben entnehme ich den Nekrologen von Oberndorfer (Münch. mediz. Wochenschr. 1908) und von Knoblauch (Frankfurter Zeitschr. f. Pathologie 2. Bd. 1908.)

Bei seinen vielseitigen aussergewöhnlichen Anlagen ist es nicht zu verwundern, dass er diese Studienjahre nicht allein der Medizin widmete. Seine Sprachstudien trieb er weiter mit besonderer Freude und beherrschte so schliesslich alle wichtigen Kultursprachen. Mit Kunst und Literatur beschäftigte er sich nicht nur oberflächlich, seine Kenntnisse, seine Belesenheit auf all diesen Gebieten waren für einen Mediziner erstaunlich. In den Mussestunden trieb er Musik, er spielte selbst Klavier und Cello.

Von besonderer Bedeutung und von Wichtigkeit für die Erkenntnis seiner späteren wissenschaftlichen Entwicklung ist es aber, dass er schon während seiner Studienjahre sich sehr eifrig mit Philosophie beschäftigte. Der jetzige Professor der Psychologie in Berlin Stumpf und Professor Lipps in München waren hier seine Lehrer, die ihm die Wege wiesen, sich eine Bildung in erkenntnistheoretischen Fragen, in Psychologie und Philosophie zu erwerben, wie sie heute bei Medizinern kaum wieder angetroffen wird.

Einen glänzenden Beweis für die Gründlichkeit und Fruchtbarkeit dieser Studien gab Albrecht schon kurze Zeit nach Beendigung seiner Studien in der Monographie: „Vorfragen der Biologie“ (1899). Streng systematisch wie in all seinen Einzelarbeiten ging er auch in seiner gesamten wissenschaftlichen Tätigkeit, seiner eigenen wissenschaftlichen Ausbildung vor: bevor er mit voller Kraft sich seiner biologischen Lebensarbeit widmete, war es ihm darum zu tun, sich einen gesicherten philosophischen Standpunkt zu schaffen, von dem aus seine Arbeit auch der strengsten Erkenntniskritik standhalten könne.

Die Vorfragen der Biologie hat Albrecht seinem Lehrer, dem grossem Münchner Embryologen und Histologen C. v. Kupffer gewidmet. Wer einmal als Student zu den Füssen Kupffers gesessen hat, der wird verstehen, warum von Albrechts Universitätslehrern gerade Kupffer einen so grossen Einfluss auf ihn gewonnen hat. Die klare und scharfe Denkweise Kupffers, der als Lehrer, Mensch und Philosoph gleichbedeutend, dessen Vorlesungen von strengster unbestechlicher Kritik und dabei von vollendeter Form waren, musste auf den so kritisch veranlagten jungen Mediziner den tiefsten Eindruck machen. Kupffer nahm an dem ungewöhnlich begabten Schüler besonderen Anteil und die Widmung der Vorfragen der Biologie zu Kupffers 70. Geburgstage sind ein Ausdruck dieser grossen dankbaren Verehrung.

Trotz all' dieser zahlreichen und vielfältigen Interessen, die die Studienzeit erfüllten, hat Albrecht schon als Student sich mit seiner zukünftigen Lebensaufgabe, der Pathologie, besonders gründlich beschäftigt. Der uns ebenfalls wie sein grosser Schüler nur allzufrüh durch den Tod entrissene Schmaus war es, der ihn besonders an die Pathologie zu fesseln wusste. Schon als Student veröffentliche Albrecht gemeinsam mit Schmaus eingehende histologisch-experimentelle Untersuchungen über Karyorrhexis, und die Probleme der Pathologie und Biologie der Zelle waren es in erster Linie, die Albrecht auch später immer wieder beschäftigten. Dieser Erstlingsarbeit folgten schon in der Studentenzeit einige gemeinsam mit Schmaus verfasste vorzügliche Referate zur Pathologie der Zelle in Lubarsch-Ostertags Ergebnissen. Auch heute noch ist die Lektüre dieser Referate ein Genuss und Gewinn, denn sie sind nicht nur reich an strenger Kritik sondern auch an neuen Gedanken und Fragestellungen. Die Dissertation über den Untergang der Kerne in den Erythroblasten der Säugetiere (1895, jedoch erst 1902 gedruckt), erbrachte zahlreiche neue — kritische und histologische — Beweise dafür, dass der Kern der roten Blutkörperchen nicht in der Zelle aufgelöst, sondern aus ihr ausgestossen wird.

Das glänzend bestandene Staatsexamen schloss 1896 die Studienzeit ab. Unmittelbar darauf, am 1. März 1896 wurde Albrecht Assistent bei Roux am anatomischen Institut zu Halle a. S., wo er bis zum 1. Oktober 1897 blieb. Der Einfluss Rouxs, und seiner Entwicklungsmechanik ist besonders später in Albrechts Geschwulstlehre zum Ausdruck gekommen.

Es folgte am 1. November 1897 bis 1. April 1898 ein arbeits- und erfolgreicher Aufenthalt an der Zoologischen Station zu Neapel, der den Grund legte zu seinen Arbeiten über die physikalische Organisation der Zelle. Nach seiner Rückkehr von Neapel ward Albrecht Assistent an der biologischen Station des Zoologischen Instituts zu München.

1899 kehrte er zur Pathologie zurück, um sich ihr nunmehr dauernd zu widmen; er wurde in diesem Jahre Assistent Bollingers am Pathologischen Institut der Münchner Universität, an das ihn ja durch Schmaus alte Freundschaftsbande fesselten.

Schon 1900 siedelte er als Prosektor an das Krankenhaus München rechts der Isar über. Hier offenbarte er zum ersten Male in glänzender Weise sein Organisationstalent, er erbaute die neue Prosektur und zeigte, dass es auch an Pathologischen

Instituten mit Aufwendung verhältnismässig geringer Mittel möglich ist, nach den Grundsätzen moderner Hygiene und Asepsis zu arbeiten. Eine reiche Tätigkeit auch als Lehrer und Arzt entfaltete Albrecht in München und doch verschmähte er es, die übliche Laufbahn des Gelehrten einzuschlagen, er ist nie Privatdozent gewesen. Trotzdem ist ihm infolge ungewöhnlicher Begabung und der ebenso ungewöhnlichen, umfassenden biologischen und philosophischen Ausbildung, die ihm zu teil geworden, eine glänzende Laufbahn beschieden gewesen.

Weigerts Name hatte das Senckenbergische Pathologische Institut in Frankfurt a. M. weltbekannt gemacht. Als Weigert im Herbst 1904 plötzlich starb, ward einer der jüngsten Deutschen Pathologen, der Prosektor Dr. Eugen Albrecht in Müuchen von der Stiftungsadministration zu seinem Nachfolger erwählt. Mit Freude leistete Albrecht diesem ehrenvollen Rufe Folge, stellte er ihn doch an die Spitze eines grossen berühmten Instituts und vor allem eines grossartigen Wirkungskreises.

Schon vor Weigerts Tode war der Neubau des Senckenbergischen Pathologischen Instituts beschlossen. Albrecht hat in mehrjähriger rastloser Arbeit dieses Institut erbaut. Was in München in beschiedenem Massstab von ihm erstrebt worden war, hier konnte er es ganz nach seinen Wünschen im Grossen zur Durchführung bringen. Und so hat er ein in vieler Hinsicht mustergültiges Institut geschaffen. Der erste Grundsatz, der für jedes pathologische Institut unbedingt gelten sollte, peinlichste Sauberkeit ist hier in vorbildlicher Weise durchgeführt. Die Sektionsräume gleichen in jeder Hinsicht den modernen Operationssälen der Chirurgen und auch die Laboratorien erstrahlen in blendendem Weiss. Es ist hier nicht der Ort, alle Vorzüge dieser Albrecht'schen Schöpfung zu schildern, sie wird noch lange Zeit ein ragendes Denkmal der organisatorischen Gestaltungskraft ihres Erbauers bleiben.

Nur wenig mehr als 3 Jahre ist es Albrecht vergönnt gewesen, in Frankfurt zu wirken. Aber es sind 3 Jahre erfolgreichster Arbeit gewesen, deren Früchte der Pathologie dauernden Gewinn gebracht haben und noch bringen werden. Auch reiche äussere Anerkennung — 1906 wurde er Professor — ward ihm zu teil: mehrfach hat er zur Freude seiner Frankfurter Freunde und besonders der Frankfurter Aerzteschaft glänzende Berufungen an Universitäten abgelehnt,

Wenn auch die Rücksicht auf seine Krankheit bei dem Verzicht auf den Lehrstuhl der Universität nicht unwesentlich mitsprach, so war es doch sicherlich ebenso sehr die Freude an seiner Frankfurter Stellung und Tätigkeit. Frei von allen akademischen Verpflichtungen konnte er hier seinen wissenschaftlichen Neigungen nachgehen und als Lehrer fand er stets in der Frankfurter Aerzteschaft begeisterte Zuhörer. So ist ihm Frankfurt zur zweiten Heimat geworden.

Seinen Vortrag zu folgen war nicht leicht. Er setzte sehr viel bei seinen Zuhörern voraus, sprach schnell und da sich die Gedanken überstürzten, er auch aus allen Gebieten Bilder und Vorgänge als Vergleiche heranholte, so erforderte sein Vortrag die gespannteste Aufmerksamkeit des Zuhörers.

Ganz besonders hervorragend war Albrecht als Obduzent. Von peinlichster Sorgfalt und Genauigkeit verstand er es, die Beziehungen von klinischer Beobachtung und anatomischem Befund in bewundernswerter Weise aufzudecken, brachte er doch allen Fragen der praktischen Medizin grösstes Interesse entgegen. So war er bei den Aerzten ein ganz besonders beliebter Obduzent. Für möglichst enge Berührung der praktischen und der theoretischen Medizin wirkte er mit aller Kraft und gerade diese engen Beziehungen gedachte er in der von ihm im Jahre 1907 ins Leben gerufenen Frankfurter Zeitschrift für Pathologie auszubauen und zu vertiefen.

Abrechts wissenschaftliche Verdienste eingehend zu würdigen ist an dieser Stelle nicht möglich. Seine wissenschaftlichen Publikationen sind äusserst zahlreich und umfassen gerade die wichtigsten und schwierigsten Gebiete der allgemeinen Pathologie. Eine eingehende Würdigung der wissenschaftlichen Leistungen Albrechts erfolgt im 3. Bande der Frankfurter Zeitschrift für Pathologie. Hier seien aus der Fülle seiner Arbeiten nur die bahnbrechenden kurz herausgegriffen.

Die Entdeckung der flüssigen Natur des Seeigeleies und seiner sämtlichen Bestandteile ist vielleicht als die wichtigste voranzusetzen. Schon vorher war es Albrecht klar geworden, dass das Studium am fixierten Präparat, an „Zellleichenbildern“ wie er treffend sagte, nicht das Ideal biologischer Forschung darstellen könne. Experimentell zeigte er uns am Seeigelei, dass der Leib der Zelle ebenso wie Kern und Kernkörperchen den physikalischen Gesetzen der Flüssigkeiten unterliegen. Durch Pressen des Eies konnte er Kern und Kernkörperchen in feinste Tröpfchen zersprengen;

die Rückkehr zur Kugelform bei Nachlass des Druckes und schliesslich der Nachweis, dass mehrere aus den Zelleibern befreite Kerne zu einem einzigen Tropfen zusammenfliessen können, schlossen die Beweiskette.

Die Anschauung, dass auch das Protoplasma der Zelle flüssiger Natur sei, führte ihn zur Entdeckung der tropfigen Entmischung der Zelle. Denn wenn die grosse Zahl der chemischen Bestandteile der Zelle im Protoplasma gelöst war, so war vorauszusehen, dass schon bei geringen Aenderungen der Lösungsverhältnisse Ausfällungen eintreten mussten. Und so war es auch: bei Zusatz selbst indifferenter Flüssigkeiten entstanden im Protoplasma ganz feine Tröpfchen; diese feinsten Emulsionströpfchen sind, wie Albrecht später zeigte, von einer feinen Schicht fettartiger Substanzen überzogen (Myelin).

Diese grundlegenden Anschauungen übertrug Albrecht nun mit grössten Erfolg auf zahlreiche Probleme der Pathologie; die Lehre der trüben Schwellung, der fettigen Degeneration, der Hämolyse erfuhren neue Beleuchtung. Es würde zu weit führen, hier im einzelnen alle Leistungen Albrechts für die Erkenntnis der Pathologie der Zelle, vor allem der physikalischen Vorgänge beim zellulären Geschehen darzulegen. Diese Untersuchungen sind deshalb so bedeutungsvoll, weil sie uns ganz neue Wege in der Zellularpathologie gewiesen haben.

Das zweite grosse Gebiet, dem sich Albrecht vor allem in den letzten Jahren gewidmet hat, waren die Geschwülste. Seinem Bestreben, alle Erscheinungen der Pathologie von allgemeinen biologischen Gesichtspunkten zu beurteilen, ist es auch hier gelungen, neue Gesichtspunkte zu finden. Unter scharfer kritischer Sichtung der zahlreichen Geschwulsttheorien kam er zu dem Schluss, dass nur eine Erklärung der Tumoren, die entwicklungsmechanische, möglich und zulässig sei. So fasst er — in schärferer Präzision der Cohnheim'schen Lehre — alle Tumoren als organoide Fehlbildungen auf. In den meist kurzen Abhandlungen über diese Fragen finden auch diejenigen, die nicht seiner Geschwulsttheorie folgen, eine unendliche Fülle klarer Kritik und neugestaltender, schöpferischer Gedanken. Zweifellos wäre seine Lehre von den Geschwülsten, durch ihn noch weiter in glänzender Weise ausgebaut und gegen Einwände gesichert worden — sein früher Tod hat hier nur zu viel für immer vernichtet.

Seiner philosophischen Schulung verdankt die Pathologie

vor allem zahlreiche ausserordentlich klare Begriffsbestimmungen und Abgrenzungen gerade in den wesentlichsten und schwierigsten Fragen. Noch bedeutungsvoller für uns sind seine gedankenvollen philosophischen Schriften. Die Unhaltbarkeit der teleologischen Auffassung pathologischer Vorgänge, die Unmöglichkeit vitalistischer Anschauungen hat niemand so klar und scharf, so treffend dargelegt als Albrecht. Gerade in diesen so ungemein wichtigen Fragen wird Albrecht fortan der Pathologie und der Biologie ganz besonders fehlen. Sehr selten hat ein Mediziner die genügende philosophische Schulung, um gerade in diesen grundlegenden Fragen die Spekulationen und mystischen Vorstellungen, die immer wieder auftauchen, schlagend zu widerlegen. Albrecht war auch hier bahnbrechend und seine Abhandlungen über Vitalismus und über Teleologie werden dauernden Wert für die Naturwissenschaften behalten.

War so Albrecht als Gelehrter einer der Grossen unserer Wissenschaft, so war er als Mensch geliebt und verehrt wie selten einer. Seine treuen Augen gewannen ihm schon die Herzen aller und die Tiefe und Innigkeit seines Gemütes sprechen am bestem zu uns aus seinen Gedichten, deren einige in der Frankfurter Zeitung und in den Süddeutschen Monatsheften erschienen sind.

Der Schmerz um seinen unerwarteten Tod war darum allgemein. Schon in München hatte er sich an der Hand eine Leicheninfektion mit Tuberkulose zugezogen, die zu einer tuberkulösen Lymphangitis führte. Später mussten die tuberkulösen Achseldrüsen operativ entfernt werden. Schon Jahre vor seinem Tode zeigten sich dann die ersten Erscheinungen einer Lungenaffektion. Und so ist es nur zu wahrscheinlich, dass er sich die tödliche Krankheit in seinem Berufe zugezogen hat. Vom Beginn der Lungenerkrankung an hat er gefühlt, dass sie seinem Leben ein Ziel setzen würde und während seine Umgebung, selbst seine ärztlichen Freunde von den besten Hoffnungen beseelt waren, hat ihn selbst, wie seine Gedichte zeigen, eine trübe Todesahnung nie verlassen. Freilich zur modernen Behandlung der Phthise war er ein sehr ungeeigneter Patient. Sein nie rastender Geist konnte sich die so unbedingt notwendige Ruhe nur mühsam aufzwingen und selbst wenn er den Süden aufsuchte, um Heilung zu finden, konnte er sich von seiner Arbeit, seinen Büchern nicht trennen. Dazu kam die enorme Arbeitslast in seiner Frankfurter Stellung bei geringen Hilfskräften, der

Neubau des Instituts und die mit so grosser Begeisterung von ihm ins Leben gerufene Frankfurter Zeitschrift für Pathologie, Aufgaben, denen er sich mit ruheloser Energie hingab und die weiter zu dem trauigen Verlauf seiner Erkrankung beitragen mussten.

Im Winter 07/08 hatte er notgedrungen einen längeren Aufenthalt im Süden nehmen müssen. Ende April 1908 war er blühend wie noch nie nach Frankfurt zurückgekehrt, voll von Arbeitslust und Schaffensfreude. In seiner Abwesenheit war das Institut fertiggestellt worden, frohen Herzens betrat er seine neue herrliche Arbeitsstätte — nur wenige Tage sollte er sich ihrer freuen. Während alles hoffte, dass er nun der tückischen Krankheit Herr geworden, stellte sich ganz plötzlich und unerwartet eine Lungenblutung ein. Noch nicht 36 Jahre alt erlag er ihr in der frühen Morgenstunde des 18. Juni 1908.

Der Schmerz über seinen Verlust wird so bald nicht verstummen. Hat Albrecht auch grosses geleistet — sein allzu früher Tod hat uns sicherlich grösseres genommen. In der Blüte seiner Jahre, im Beginn seiner wissenschaftlichen Siegeslaufbahn hat ein fühlloses Schicksal ihn uns entrissen — für die Wissenschaft, für uns alle ein unersetzlicher Verlust.

Bernhard Fischer.

Jakob Hermann Bockenheimer.

Mit Jakob Hermann Bockenheimer ist nicht nur einer der bekanntesten Frankfurter Aerzte, sondern auch einer der populärsten Männer unserer Vaterstadt aus dem Leben geschieden, dessen Nekrolog zu schreiben wegen der grossen Vielseitigkeit des Mannes eine schwierige Aufgabe ist. — Wenn auch seine Freunde und Kollegen durch die lang andauernde Krankheit auf das nahende Ende vorbereitet waren, so hat doch der Tod dieses so seltenen Mannes seine Kollegen, Freunde und zahlreichen Schüler und nicht am wenigsten seine Patienten in grosse Trauer versetzt.

Geboren an einem Sonntag am 25. Dezbr. 1837 zu Harheim als Sohn eines Lehrers, kam er von dort, wo die Familie Bockenheimer während 5 Generationen lebte, mit den Eltern im 2. Lebensjahr nach Frankfurt, wohin sein Vater als Rektor der Domschule berufen wurde und wo derselbe am 20. 9. 1838 das Bürgerrecht erhielt. Nach Absolvierung des hiesigen Gymnasiums, welches B. von 1854—1859 besuchte, bezog er die Universität Göttingen, woselbst er sich mit jugendlichem Feuer dem Corps Hannovera anschloss. — 1860 siedelte er nach Würzburg über und besuchte dann von 1861—1863 die Universitäten Prag, Wien und Paris. 1861 promovierte er mit einer Dissertation:

„Ueber die Stenose des Oesophagus."

Schon damals zeigte sich seine Tüchtigkeit und sein Fleiss, indem er bei der Promotion in allen Fächern die Note I erhielt. —

Wie sehr B. seine Universitätszeit zur Ausbildung und Erweiterung seiner Kenntnisse benutzt hat, beweist ein noch vorhandenes Zeugnis seines von ihm so sehr verehrten Lehrers, des Geheimrat Rinecker aus dem Jahre 1861, welches lautet:

„Herr Dr. J. H. Bockenheimer aus Frankfurt a. M. hat als Praktikant der Poliklinik während des Studienjahres 1860/61 mir solche Beweise seines Eifers, seiner Gewissenhaftigkeit wie seiner praktischen Befähigung gegeben, dass

ich ihm als Zeichen meines besonderen Vertrauens den ärztlichen Dienst an dem mir unterstellten Bürgerspital übertrug, und ihm hierbei allmählich grössere Selbständigkeit einräumte. —

Er hat dies ihm damals geschenkte Vertrauen vollkommen gerechtfertigt und muss noch erwähnt werden, dass er nicht nur die interne, sondern auch die chirurgische Behandlung in dem gedachten Spital in Händen hatte.“

Nachdem B. zu Beginn des Jahres 1863 sein Examen bestanden, wurde er nach geleistetem Bürgereide am 8. April 1863 unter die Zahl der hiesigen praktischen Aerzte, Wundärzte und Geburtshelfer aufgenommen. Kaum hatte B. einige Jahre seine praktische Tätigkeit ausgeübt, als er — seiner grossen Liebe zur Chirurgie folgend — am 4. November 1866 sein Lebenswerk begann, die Gründung der nach ihm benannten Klinik. Aus kleinen Anfängen — er begann mit 6 Betten in dem heute noch erhaltenen Hause Elisabethenstr. 5 in Sachsenhausen — hat sich die vielen Generationen nützlich gewesene und weit über die Mauern Frankfurts bekannte und berühmte „Bockenheimer'sche Klinik“ entwickelt. Mit seiner Klinik war er so eng verwachsen, dass dieselbe zu seinem Lieblingsaufenthalte wurde. In früher Morgenstunde Sommer wie Winter um 7 Uhr begann er dort seine Tätigkeit, stets besorgt, für alle welche seine Hilfe in Anspruch nahmen. Bald wurde die Klinik für die stets wachsende Klientel zu klein, sodass sie nach einem grösseren Hause auf dem Offenbacher Fussweg und dann nach der Mühlbruchstrasse verlegt wurde. Dieser Bau konnte damals durch seine hygienischen Verhältnisse als mustergültig bezeichnet werden. —

Mit dem Aufschwung der Chirurgie und mit dem Beginn der antiseptischen Periode musste sich B. zumal bei der stetig zunehmenden Inanspruchnahme seiner Klinik zu einer weiteren Vergrösserung entschliessen.

Im Jahre 1880 entstand dann der Bau in der Gutzkowstr., der allen Anforderungen einer modernen chirurgischen Klinik genügte und der zweimal 1892 und 1896 durch An- und Neubau sich zu einem der grössten Krankenhäuser Frankfurts mit 150 Betten entwickelte.

Wenn es auch Bockenheimers vornehmste Aufgabe war, in diesem Hause den armen Kranken ein Helfer zu sein, so stellte er auch sein reiches Material und seine Erfahrung jüngeren Kollegen und Medizinstudierenden zur Verfügung und dadurch ist B. gewissermassen der Lehrer einer grossen Anzahl hiesiger Kollegen geworden.

Sein nie rastender Geist und sein unermüdlicher Fleiss veranlassten B. bei Gründung der Klinik ein Ambulatorium anzugliedern, in dem Jedermann unentgeltliche ärztliche Behandlung erhielt. —

Klinik und Ambulatorium haben ein so reiches Material geboten, dass vielen Medizinern während ihrer Ferien reichliche Gelegenheit geboten war, interessante Fälle mit zu beobachten und sich auch praktisch dabei zu betätigen. Hat doch in vielen Jahren die Klinik 1600 und die Poliklinik über 3000 Fälle zu verzeichnen gehabt. —

Bekannt wurde die Klinik auch in weiteren Kreisen, als im Kriegsjahr 1870/71 100 verwundete Offiziere in die Klinik aufgenommen, dort behandelt und verpflegt wurden, von denen eine grosse Anzahl nicht nur geheilt, sondern auch dem Berufe zurückgegeben wurde. — Viele der damals behandelten und Geheilten suchten wiederholt ihren Retter auf und bezeugten ihm hierdurch ihre Anhänglichkeit und Dankbarkeit. —

Weiterhin wurde die Klinik bekannt, als im Oktober 1870 die damalige Königin Augusta die Klinik besuchte, nachdem schon einige Zeit vorher auch die Kronprinzessin die Klinik besichtigt hatte. —

Wie gross die Tätigkeit in der Klinik war, ergibt sich aus einer im Jahre 1906 herausgegebenen Statistik, wonach in 40 Jahren 135594 Fälle behandelt und über 20000 Operationen vorgenommen wurden. Dabei bereitete es B. die grösste Freude, wenn die Aerzte der Stadt die Klinik öfters aufsuchten und von ihnen eingewiesene Fälle mit ihm selbst beobachteten. Er benutzte alsdann stets die Gelegenheit, diesen Kollegen alle interessanten Fälle in der Klinik zu zeigen und besonders auch schwierige und seltene Operationen vorzuführen.

Es ist ein spezielles Verdienst von B. die damals in Frankfurt noch wenig bekannte antiseptische Operations-Methode als einer der ersten angewandt und damit zur Verbreitung bei den Aerzten der Stadt beigetragen zu haben. Wie weitblickend B. war, beweist die Tatsache, dass er schon im Jahre 1874 sich an die Regierung wandte, damit der Klinik das Recht verliehen werde, dort Vorlesungen zu halten, zu einer Zeit, in der noch Niemand daran dachte, Krankenhäuser, die nicht zugleich Universitätskliniken sind, Lehrzwecken dienstbar zu machen.

Ausser der Lieblingsbeschäftigung in der Klinik war B. ein ausserordentlich gesuchter und beliebter Hausarzt. — Ob

arm oder reich, war ihm gleich. Pekuniäre Interessen traten stets in den Hintergrund. Seine Tätigkeit erstreckte sich nicht nur auf die Stadt, sondern er wurde von den Kollegen in der engeren und weiteren Umgebung Frankfurts häufig zu schwierigen, besonders operativen Fällen zugezogen.

Trotz dieser ausgedehnten Tätigkeit blieb dem rastlosen Manne noch die Zeit zu wissenschaftlicher Arbeit und so veröffentlichte er eine Schrift: „Ist es ratsam, Geisteskranke im Beginn ihrer Krankheit in eine Irrenanstalt zu versetzen“ und 1877: „Zur Diagnose der Mediastinaltumoren.“

Auch in der Senckenbergischen Naturforschenden Gesellschaft war B. seit dem 13. Aug. 1864 arbeitendes Mitglied. Am 1. Jan. 1865 übernahm er die Sektion für Reptilien, Amphibien und Fische und stand ihr bis zu Anfang des Jahres 1869 vor. Seiner regen Tätigkeit verdankt das Museum die damalige Neuordnung und Neuaufstellung der Fischsammlung, um deren Vermehrung B. eifrig bemüht gewesen ist. —

In späteren Jahren hinderte seine ausgedehnte Praxis B. sich weiterhin in dem Museum zu betätigen, doch war er bis vor wenigen Jahren ein regelmässiger Besucher der wissenschaftlichen- und Verwaltungssitzungen und ein tätiger Mitarbeiter in der Verwaltung. Als es galt die grossen Mittel für die Errichtung des Neubaues aufzubringen hat B. mit unermüdlichem Eifer die wohlhabenden Kreise seiner Praxis für diese Sache zu interessieren gewusst, er hat selbst persönlich manchen grösseren Beitrag überbracht, und vor allem die Wege geebnet, auch grosse Beiträge zu erhalten. — Welch dauerndes Interesse er an den Bestrebungen der Gesellschaft genommen hat, beweist seine testamentarische Bestimmung, durch die er seine Aufnahme in die Reihe der ewigen Mitglieder gewünscht hat. —

In den ersten 25 Jahren seiner Tätigkeit war B. auch ein fleissiger Besucher des ärztlichen Vereins, in dem er manchen schönen und interessanten Fall vorstellte und sich lebhaft an den wissenschaftlichen Debatten beteiligte.

Der schönste Lohn für seine Mühe und Arbeit waren ihm die Dankbarkeit seiner Patienten und Assistenten, mit welch letzteren er weiterhin auch nach ihrem Scheiden aus der Klinik in Freundschaft verbunden war. Auch er selbst gedachte stets mit grosser Dankbarkeit seiner Lehrer, was ein Brief beweist, den ihm Geheimrat Rinecker 1877 als Antwort auf ein Glückwunschschreiben übersandte und folgenden Wortlaut hat: „Sie haben mir in einer so gross-

artigen Weise zu meinem Dienstesjubiläums gratuliert, dass ich mich ganz beschämt fühlte. Wenn andere meiner früheren Schüler nur halbwegs so anhänglich und freundlich gegen mich gesinnt sind wie Sie, so darf ich wahrlich zufrieden sein.

Dagegen kann ich freilich auch nicht unerwähnt lassen, dass Sie zu meinen ausgezeichnetsten Zuhörern gehörten, zu jenen, die man nie vergisst, wenn auch hundert andere an einem vorüber gegangen sind. Ich sehe Sie noch deutlich vor Augen, wie und mit welchem gewissenhaften Eifer Sie referierten, mit welcher Pflichttreue Sie Ihre Kranken besuchten etc. Das sind Tugenden, die fürs Leben bleiben, weil sie im Charakter begründet sind."

So konnte es denn nicht ausbleiben, dass dem arbeitsamen, für das Wohl seiner Mitmenschen stets besorgten Manne auch äussere Ehren reichlich zu Teil wurden. Er erhielt 1872 den Kronenorden 4. Klasse, 1873 die Kriegsgedenkmünze von Stahl am Nicht-Kombattantenbande, 1886 den Titel Sanitätsrat, 1903 den Titel Geheimer Sanitätsrat und 1906 die Rote Kreuz-Medaille 3. Klasse.

Je grösser seine äusseren Erfolge waren und je höher B. im Ansehen seiner Kollegen und Patienten stieg, um so bescheidener und anspruchsloser gestaltete sich sein Leben. Durch viele Jahre arbeitete er ununterbrochen, ohne sich nur einen Tag Erholung zu gönnen. Erst in den letzten Jahren, als die Widerstandsfähigkeit seines Körpers nachzulassen begann, gab er dem Drängen seiner Kinder und Freunde nach und brachte einige Wochen ausserhalb Frankfurts zu, das er seit Beginn seiner Praxis ausser aus beruflichen Gründen nur sehr selten verlassen hatte. Seine ihm lieb gewordene Tätigkeit hatte er nur ungern und dann nur gezwungen durch äussere Umstände unterbrochen.

So hat ihn im Jahre 1878 ein schwerer Typhus längere Zeit seinem Berufe entzogen, wobei ihm die ausserordentliche Teilnahme, welche ihm damals aus allen Teilen der Bürgerschaft entgegengebracht wurde, eine kleine Befriedigung war.

Aber auch sonst sind B. trübe Stunden nicht erspart geblieben. Sind ihm doch zwei Kinder in frühester Jugend im Tode vorausgegangen und wurde ihm im Jahre 1894 seine Gattin nach 20 jähriger Ehe durch den Tod entrissen. —

Seit dieser Zeit lebte B. in voller Zurückgezogenheit und beschäftigte sich ausser seiner beruflichen Tätigkeit einzig mit der Erziehung seiner Kinder. In diesem einsamen Leben, welches zwischen Arbeit und häuslichen Pflichten abwechselte,

brachte ihm die Ehrung, welche ihm anlässlich seines 70. Geburtstages von allen Seiten entgegengebracht wurde, einige freudige Stunden. — Bei dieser Gelegenheit versammelten sich zum letzten Male seine alten Freunde und alle hier anwesenden früheren Assistenten in der Klinik, um ihm ihre Glückwünsche darzubringen. Nicht lange mehr sollte er sich seiner vollen Arbeitsfähigkeit erfreuen; denn bald darauf befiel ihn eine Influenzaerkrankung, in deren Gefolge sich verschiedene Zeichen des beginnenden Alters einstellten. Um seine Kräfte wieder zu gewinnen, ging B. für einige Wochen nach dem Süden und kam auch scheinbar gebessert zurück, so dass er seine Tätigkeit wieder ausüben konnte. Bald jedoch traten verschiedene Embolieen und auch eine leichte Pneumonieerkrankung ein. Durch den sichtbar zunehmenden Kräfteverfall wurde es ihm selbst bald zur Gewissheit, dass es mit seiner Arbeitskraft ein für allemal zu Ende sei. So fasste er den für ihn gewiss nicht leichten Entschluss, die Klinik zu schliessen, da keine Möglichkeit vorhanden war, dass das Werk, das er begonnen, und zu solch grosser Blüte gebracht, nach seinem Tode fortgeführt werde. — Wer Bockenheimer gekannt und in seiner rastlosen Tätigkeit bewundert hat, wird ermessen können, welch trüben Schatten dieser Entschluss auf seine letzte Lebenszeit geworfen hat.

Ein Leben voller Arbeit und reich an Erfolgen endete am 15. Oktober 1908.

Ebenso wie B. stets durch die Autopsie seine Diagnosen nachprüfen liess, verfügte er auch, dass seine Leiche obduziert werde. Bei der Sektion fanden sich nur die Zeichen einer ausgebreiteten Arterienverkalkung. —

Im Vorstehenden haben wir versucht, ein Bild von Bockenheimer zu entwerfen, wie er unter uns gelebt und was er seinen zahlreichen Patienten, Freunden und Schülern gewesen ist. Wir beklagen seinen Heimgang als den eines unserer bedeutendsten und verdienstvollsten Aerzte der Vaterstadt, als den eines unvergesslichen Freundes und Kollegen.

Mit ihm ist ein Mann dahingegangen, dem seine Berufserfüllung eine heilige Pflicht war.

Alle die ihn gekannt haben, werden in Liebe und Ehre seiner gedenken.

Victor Seckbach.

Aug. Hengsberger †

Im Alter von 38 Jahren verschied am 20. September 1908 der praktische Arzt Herr Dr. med. August Hengsberger zu Frankfurt a. M.

Geboren am 9. August 1870 als Sohn des Fabrikanten Adalbert Hengsberger zu Hanau a. M., verlebte er seine Jugendzeit in Hanau und bestand dort im Herbste 1891 sein Abiturium. Darauf bezog er die Universität Marburg a. L. und genügte im ersten Semester seiner militärischen Dienstpflicht. Ostern 1894 übersiedelte er nach Tübingen, wo er noch in demselben Jahre sein Physikum und im Jahre 1898 sein Staatsexamen bestand.

Nach Erledigung seiner Dienstpflicht als Einjähriger-Arzt und Unterarzt in Hannover, war er zwei Jahre lang Assistent bei Herrn Medizinalrat Dr. Gutsch in Karlsruhe und wurde im Jahre 1901 Assistent am städtischen Krankenhause zu Frankfurt a. M. bei Herrn Professor Dr. Rehn.

Im Jahre 1903 war er leitender Arzt in der Kuranstalt des Bades Orb und liess sich 1904 als praktischer Arzt in Frankfurt a. M. nieder.

Oberarzt der Reserve war er 1902 geworden.

August Hengsberger war ein liebenswürdiger, gemütvoller Mensch, offenen und biederen Charakters, der es verstanden hat, trotz seines oft rauhen Aeusseren, sich die Sympathien aller derer, die mit ihm in nähere Berührung kamen, zu erwerben. Gross war seine Liebe zur Musik; er war ein guter Cellospieler von gediegenem, musikalischen Geschmack. In seinem Berufe wurde er als tüchtiger und humaner Arzt geschätzt, der für die Armen ein mitfühlendes Herz hatte. An der hiesigen Armenklinik war er mehrere Jahre hindurch mit Eifer und Gewissenhaftigkeit als Chirurg tätig.

Im Herbste 1906 erkrankte er an einem Kehlkopfleiden, welches ihn veranlasste den Winter 1906/07 in Davos zu verbringen. Von dort kehrte er im Frühjahr gekräftigt zurück,

um seine Tätigkeit wieder aufzunehmen, allerdings nicht in dem Masse, wie vor seiner Erkrankung.

Auch den Verkehr mit seinen Freunden schränkte er mehr und mehr ein. So kam es, dass selbst diese überrascht waren, als es im Sommer 1908 bekannt wurde, er sei an einer ernsten Herz- und Leberaffektion mit seelischen Störungen erkrankt. Ein rascher Tod erlöste ihn von seinen schweren Leiden.

O. Hohenemser.

Sanitätsrat Dr. Alexander Glöckler.

Dr. A. Glöckler wurde 1843 in Frankfurt a. M. als Sohn des nachmaligen Pfarrers in Bonames Dr. K. K. Glöckler geboren. Das Pfarrhaus und die Bonameser Mühle waren der Schauplatz seiner Jugendspiele. Da der Vater philologisch sehr gut ausgebildet war — hatte er doch die Absicht gehabt, Universitätsprofessor zu werden — so übernahm er selbst die ganze Erziehung seines Sohnes. Er nahm ihn viel mit hinaus in Wald und Feld und legte dort den Grund zu dem ausgezeichneten Beobachtungsvermögen, das Glöckler in so hohem Masse besass. Mit 16 Jahren kam er oft nach Frankfurt herein und besuchte hier die Kurse, die Professor Dr. Böttger und Dr. Lucae den älteren Gymnasiasten gaben. Sein Wunsch, Chemie zu studieren, wurde nicht erfüllt, da der Vater das Studium der Medizin für viel aussichtsreicher und erwerbssicherer ansah.

1861 bezog er im Alter von 18 Jahren, von seinem Vater für matur erklärt, die Universität Marburg und genoss dort in vollen Zügen das fröhliche Studentenleben. Im folgenden Jahr ging er nach Würzburg, arbeitete dort fleissig im Juliusspital, besonders unter den Professoren Linhart und Rinecker, und promovierte schon 1864. Darauf ging er nach damaliger Sitte auf Reisen, besuchte 6 Wochen Prag und 6 Monate Wien zu Studienzwecken.

Noch in späten Jahren erzählte er mit Vorliebe von dieser schönen, interessanten Zeit; von dem ungeheuren Krankenmaterial, das damals in Wien zusammenströmte. Oppolzer, Schuh, Hebra waren dort seine Lehrer. Im St. Annenkinderhospital war er täglicher Gast und lernte dort zum ersten Mal Diphtherieerkrankungen kennen.

Als er sich 1865 zum Frankfurter Staatsexamen meldete, verlangte das Physikat auch sein Abiturientenzeugnis, und Glöckler, dem sein Vater aus eigener Machtvollkommenheit das Zeugnis der Reife für die Universität erteilt hatte, musste sich dazu bequemen, nach vollendetem Studium das Abiturienten-

examen am Frankfurter Gymnasium nachzuholen. Darauf bestand er glänzend das Staatsexamen und kam am 1. Januar 1866 als Assistenzarzt an das Heiliggeisthospital, wo er drei Jahre unter Varrentrapp und Fabricius arbeitete.

Am 1. Januar 1869 liess er sich hier als praktischer Arzt nieder. In den Kriegsjahren 1870/71 war er in den Baracken auf der Pfingstweide mit grossem Erfolg als Chirurg tätig. Dort gewann er in hohem Masse das Vertrauen der Prinzessin von Sagan, die als Schutzdame in den Baracken waltete. Doch verlor er bald wieder die Gunst des Hofes wegen Ablehnung eines ihm zugedachten Ordens.

Nach dem Krieg trat er in die Armenklinik ein und kam allmählich zu umfangreicher Praxis. In dieser Zeit trat er auch in innigen Konnex zu Moritz Schmidt und lernte bald von ihm die Beherrschung der laryngologischen Technik.

1873 kam er in Beziehung zum Dr. Christ'schen Kinderhospital, indem er dem damaligen einzigen Arzt der Stiftung, Dr. Lorey, bei chirurgischen Eingriffen mit Rat und Tat zur Seite stand. Schon im folgenden Jahr bot ihm die Administration die Stellung eines Chirurgen am Kinderhospital an, und von diesem Zeitpunkt an ist das Leben Dr. Glöcklers auf das innigste mit der Dr. Christ'schen Stiftung verbunden.

Da die Frequenz der mit den Spital verbundenen Poliklinik in hohem Masse zunahm, so überliess Dr. Lorey bald Dr. Glöckler die ganze stationäre Abteilung und durch ihr grosses Material gewann Glöckler die reiche Erfahrung, durch die er ein fast unfehlbarer Diagnostiker wurde.

Als in der Mitte der achtziger Jahre die Erkrankungen an Diphtherie bedeutend häufiger wurden, wuchs auch die Zahl der Diphtherieaufnahmen im Kinderhospital in grosser Masse an und erreichte mit 337 Kindern 1891 ihren Höhepunkt. Glöckler machte damals grundlegende Versuche mit der Kalkwasserbehandlung; aber trotz aller Mühe blieb die Mortalität 30—40 Proz. Er vertrat schon früh die Ansicht, dass Krupp und Rachendiphtherie dieselbe Ursache hätten, und war ein entschiedener Gegner der Lehre vom aufsteigenden Krupp. In grosser Zahl kamen damals die Kinder in erstickendem Zustand zur Aufnahme und hat Glöckler in der schwersten Zeiten der Epidemie fast jedes Jahr an den 100 Luftröhrenschnitte gemacht.

Welch' eine Fülle von aufregender und aufreibender Arbeit!

Auf seine Anregung und nach seinen Plänen liess die Stiftung 1888 das grosse Isolierhaus bauen, bei dessen Bau

vor 20 Jahren die heute uns selbstverständlich erscheinenden Forderungen der Hygiene moderner Krankenhausbauten schon Anwendung fanden.

Die Behandlung der Diphtherie mit Heilserum wandte Glöckler vom 1. Oktober 1894 dauernd an und gelang es, die frühere, erschreckend hohe Mortalitätszahl andauernd auf 10 Proz. herunterzudrücken. Noch in späten Jahren beschäftigte er sich mit Bakteriologie und ermöglichte es, dass bakteriologische Untersuchungen im Hospital selbst ausgeführt werden konnten.

Um die rekonvaleszenten Kinder aus der Umgebung der Schwerkranken herauszubringen, setzte er durch, dass in dem 1894 neu erbauten Entbindungshaus der Stiftung der Parterrestock als Rekonvaleszentenstation eingerichtet wurde.

Bei der Gründung und Ausführung der v. Neufville-Stiftung war er in hohem Mass beteiligt.

Neben der anstrengenden Hospitaltätigkeit versah Glöckler eine ausgedehnte Privatpraxis. Zum Heiraten, hat er, wie er einmal erzählte, nie die Zeit gehabt. Das Glück, das ihm zu Haus nicht blühte, fand er in den dankbaren Blicken seiner Patienten. Er hat sich nie Spezialarzt genannt. Er war nach alter Art noch ein universeller Arzt, der alle Fächer der Medizin ausübte. Ein ausgezeichneter Diagnostiker und Therapeut, der nicht nur den erkrankten Teil, sondern den ganzen Menschen behandelte, war er als Konsiliarius, besonders auch in Arztfamilien, sehr gesucht.

Die grossen Fortschritte der Medizin und Chirurgie, die Glöckler in seinem Mannesalter erleben durfte, hat auch er sich zu eigen gemacht. Dabei war er ein geschickter Operateur. Wie Moritz Schmidt sich einmal ausgedrückt hat, war es eine Freude, ihn in schweren Fällen operieren zu sehen.

Er war eine stille, etwas verschlossene Natur. Viele Freunde hat er nicht gehabt; wer ihm aber näher getreten war, der konnte sehen, wie oft hinter den Brillengläsern der Schalk lachte, und wie humorvoll der sonst so ernste Mann werden konnte.

Mit Vorträgen oder wissenschaftlichen Abhandlungen in die Oeffentlichkeit zu treten, war ihm zuwider.

Als er 1892 zum Vorsitzenden des ärztlichen Vereins gewählt war, nahm er dies Amt nur nach langem Zögern an.

Allen, die seine Hilfe begehrten lieh er sie bereitwilligst. Nach dem Entgelt für seine Mühewaltung frug er wenig; dass auch für ihn einmal die Zeit der Sorge und des Alters

kommen könnten, daran hat er erst in den letzten Tagen seines Lebens gedacht.

Er erfreute sich eines kräftigen Körpers und einer ungestörten Gesundheit, die erst in den letzten Jahren auffallend nachliess. Im Sommer 1907 zog er sich einen heftigen Kehlkopf- und Bronchialkatarrh zu, der ihn zwang, Ende August die ärztliche Tätigkeit einzustellen. Vergebens suchte er im Süden Heilung seiner Beschwerden. Schwere Störungen der Herztätigkeit zwangen ihn im September 1908 zur Rückkehr in die Vaterstadt. Als ein Sterbenskranker fand er, da inzwischen sein Haushalt aufgelöst war, die liebevollste Aufnahme in dem Haus, dem er seine besten Kräfte gewidmet hatte. Am 9. November erlöste ihn der Tod von schweren Leiden. Die Sektion ergab als Grundursache seiner Beschwerden Leberzirrhose.

Die Werke, die ein Künstler hinterlässt, bewahren seinen Ruhm auf lange Zeit. Die Erinnerung an tüchtige Aerzte schwindet schnell dahin.

Dass aber ihm, diesem verdienten Mann, ein dauerndes Denkmal bleibe, haben sich seine Freunde und dankbare Patienten zusammen gefunden und im Dr. Christ'schen Kinderhospital eine Dr. Glöckler-Freibettstiftung gegründet. Sie soll in der Stille Liebe üben, Sorgen und Schmerzen lindern, und vor allem da einsetzen, wo andere Hilfe versagt.

Cuno.

Bericht über die Senckenbergische Bibliothek.

Von Dr. J. Wahl, Bibliothekar.

I. Allgemeines.

In die Kommission der Senckenbergischen Bibliothek ist im Laufe des Berichtsjahres Herr Dr. Ebenau als Delegierter des Aerztlichen Vereins eingetreten; die Kommission bestand demnach aus folgenden Herren:

Sanitätsrat Dr. Rödiger, Vorsitzender, als Vertreter der Stiftungsadminstration;

Professor Dr. Reichenbach, als Vertreter der Senckenbergischen Naturforschenden Gesellschaft;

Dr. Ebenau, als Vertreter des Aerztlichen Vereins;

Professor Dr. Petersen, als Vertreter des Physikalischen Vereins;

Geheimrat Professor Dr. Ebrard, Direktor der Stadtbibliothek, als Vertreter des Vereins für Geographie und Statistik;

Bibliothekar Dr. Wahl, als ständiges Mitglied und Schriftführer.

Neben der Kommission der Senckenbergischen Bibliothek, der lediglich die Vorberatung und Begutachtung allgemeiner Verwaltungsmassnahmen des Bibliotheksganzen obliegt, bestehen — von ihr getrennt und auch untereinander ohne Verbindung — Bibliothekskommissionen im Kreise der Senckenbergischen Naturforschenden Gesellschaft und des Aerztlichen Vereins, deren Aufgabe die Festsetzung des Etats für den Bibliotheksanteil des betreffenden Vereins und die Verwendung der vom Plenum bewilligten Geldmittel ist. Die Bücherkommission des Aerztlichen Vereins bilden die Herren Dr. Ebenau, Sanitätsrat Dr. Rödiger, Professor Dr. Edinger, Professor Dr. Albrecht, und nach dessen Tode Professor Dr. Fischer, Dr. Günzburg, Bibliothekar Dr. Wahl.

Die Kommission der Senckenbergischen Bibliothek hatte bereits im Vorjahre auf Wunsch der Akademie für Sozial- und Handelswissenschaften beschlossen, dass die Senckenbergische Bibliothek für die naturwissenschaftlichen Fächer die Funktionen einer Ausleihbibliothek der Akademie übernehmen sollte. Im Juni 1908 wurde demgemäss mit dem Verwaltungsausschuss der Akademie ein Abkommen getroffen, nach welchem die immatrikulierten Studierenden der Akademie gegen Vorzeigung ihrer Legitimationskarte berechtigt sind, die Bibliothek ohne weitere Formalitäten zu benutzen. Dafür übernimmt die Akademie die Bürgschaft für die ordnungsmässige Rückgabe der Bücher und die Erstattung etwaiger Auslagen. Die Bücherkommission der Senckenbergischen Naturforschenden Gesellschaft beschloss ihrer Verwaltung zu empfehlen, die Portokosten für die im Leihverkehr mit auswärtigen Bibliotheken auf Verlangen der Sektionäre, Dozenten und Beamten der Gesellschaft beschafften Bücher auf die Kasse der Gesellschaft zu übernehmen; ebenso beschloss die Bibliothekskommission des Aerztlichen Vereins bei dem Plenum die Uebernahme dieser Portokosten auf die Vereinskasse für sämtliche Mitglieder zu beantragen. In beiden Fällen erfolgte die Zustimmung der betreffenden Gremien. Diese Massnahmen vermehrten natürlich den Leihverkehr mit auswärtigen Bibliotheken: es wurden in 150 Sendungen 300 Bände besorgt.

Es ist von grundsätzlicher Bedeutung bei den erwähnten Beschlüssen, dass hier die Gesamtheit für den einzelnen eintritt, und der Segen der Freizügigkeit der deutschen Bibliotheksbestände auch unsern Benutzern, ohne ihnen Kosten zu verursachen, zugute kommt. Ist so auch für die Senckenbergische Bibliothek die Heranziehung fremder Bücherschätze und damit eine eminente Vergrösserung ihrer Leistungsfähigkeit für besonders zahlreiche Benützerkategorien erreicht — allerdings unter Belastung des Budgets der Vereine — so bedarf gerade diese Frage als eine der wichtigsten der deutschen Bibliothekspolitik einer einheitlichen, alle Bundesstaaten und alle öffentlichen wissenschaftlichen Bibliotheken umfassenden Regelung. Das Bedürfnis nach gegenseitiger Aushilfe besteht jedenfalls auf den meisten deutschen Bibliotheken und hat bereits in verschiedenen Bundesstaaten zu provinziellen und einzelstaatlichen Lösungen der Frage geführt. Dass die kleineren Bibliotheken hierbei nicht immer nur die empfangenden sind, zeigen die Fundortsangaben des Auskunftsbureaus der deutschen Bibliotheken, das vielleicht in dieser ganzen Frage

eine entscheidende Rolle zu spielen berufen ist. Die Senckenbergische Bibliothek hat ihrerseits an fremde Bibliotheken und Institute in 22 Sendungen 50 Bände verliehen.

Der Verkehr mit auswärtigen Bibliotheken bot der Senckenbergischen Bibliothek Veranlassung zu einer Vorarbeit für einen künftigen Führer durch die deutschen Bibliotheken, der hoffentlich bald einmal vom Verein deutscher Bibliothekare in die Hand genommen wird; mit Hilfe des Auskunftsbureaus und durch direkte Anfragen versucht sie eine Liste der Fundorte derjenigen in ihre Fächer schlagenden Zeitschriften aufzustellen, auf deren Anschaffung sie verzichten muss, die aber häufig verlangt werden. Das ist von besonderer Bedeutung für diejenigen, die nicht im Zeitschriftenverzeichnis der Kgl. Bibliothek zu Berlin stehen, deren Nachweisung mithin in dem genannten Führer von besonderem praktischen Nutzen für den Leihverkehr der Bibliotheken wäre.

Die Tätigkeit der Bibliothekskommission des Aerztlichen Vereins galt weiterhin der Neuregelung seines Tauschverkehrs, der nach dem Vorschlag der Bibliothek dieser gegen ein Pauschquantum übertragen wurde. Gleichzeitig wurde beschlossen, um auch solche Zeitschriften im Tausch zu erhalten, für welche der Jahresbericht des Aerztlichen Vereins nicht als angemessene Gegengabe erachtet wird, die Frankfurter Zeitschrift für Pathologie, zunächst in 10 Exemplaren, zu erwerben. Ueber das Ergebnis der Tauschverhandlungen, die im vollen Gange sind, wird im nächsten Bericht Mitteilung gemacht werden, hier sei nur kurz erwähnt, dass bis jetzt 23 Korporationen, Statistische Aemter etc., die bisher den Jahresbericht des Aerztlichen Vereins erhalten haben, ohne eine Gegengabe zu leisten, sich zur Sendung eines entsprechenden Aequivalents bereit erklärt haben.

Die Pfingstwoche, in welcher die Bibliothek für das Publikum geschlossen ist, wurde zu einer Zählung des Bücherbestandes benutzt. Die Zählung ergab 74836 bibliographische Bände in 68505 Buchbinderbänden und 7234 kleine Schriften.

Die wichtigste Frage, die alle Kommissionen und die Plenarversammlungen der Vereine wiederholt beschäftigt hat, ja eine Lebensfrage für die gesunde Fortentwickelung der Senckenbergischen Bibliothek und damit auch eine Angelegenheit von öffentlichem Interesse, ist die Frage der Gewährung einer städtischen Subvention. Bereits vor zwei Jahren wurde eine offizielle Bitte von seiten der beteiligten Vereine

an den Magistrat um Gewährung einer Beihilfe aus städtischen Mitteln gerichtet. Die Aufwendungen der Vereine allein für Bücherkauf und Büchereinband betrugen im Berichtsjahre 1908/09, wie aus den unten gegebenen Nachweisungen hervorgeht, rund Mk. 13 100.—. Eine Steigerung der Bibliotheksbeiträge ist ihnen aus eigener Kraft nicht mehr möglich. Die Frequenz der Bibliothek ist von 6677 Bänden im Jahre 1905/06 auf 12 152 Bände im Jahre 1908/09, also um 5475 Bände = 81 Proz. gestiegen, eine Vermehrung, die nicht zum wenigstens auf die Erklärung zur öffentlichen Bibliothek zurückzuführen ist. Was die Senckenbergische Bibliothek schon jetzt trotz ihrer beschränkten Mittel durch die Ausdehnung des Tauschverkehrs — rund 800 Publikationen gehen auf diesem Wege ein — und die zahlreichen lückenlosen Serien wertvoller medizinischer und naturwissenschaftlicher Zeitschriften leistet, ist so beträchtlich, dass sie den Vergleich mit gleichartigen Anstalten wohl aushalten kann. Im Verlauf der Unterhandlungen mit dem Magistrat, die auf Grund jener ersten und einer Ende 1908 wiederholten Bitte um Subvention gepflogen worden sind, erstattete die Bibliothek auf Wunsch der Anstaltsdeputation ein Gutachten über die voraussichtlichen Aufwendungen, die die Beschaffung der von den städtischen Krankenhausärzten desiderierten Zeitschriften notwendig machen würden, und die sehr beträchtlichen Ersparnisse, welche bei einem Zusammengehen mit der Senckenbergischen Bibliothek erzielt werden könnten. Eine weitere, ebenfalls auf Wunsch der Anstaltsdeputation vorgenommene Zusammenstellung wies die von den Vereinen für die Bibliothek gemachten Aufwendungen sowie den überaus hohen Geldwert der im Jahre 1908 der Bibliothek durch den Tauschverkehr zugeführten Werke nach. So wichtig und unentbehrlich auch diese Tauschschriften sind, so wertvoll es für die wissenschaftliche Forschung ist, wenn es eine öffentliche Bibliothek gibt, die die Akademie- und Gesellschaftspublikationen aller Länder auf den Gebieten der Naturwissenschaft und Medizin in möglichster Reichhaltigkeit sammelt, so wenig darf darüber die nur im Buchhandel erhältliche Literatur vernachlässigt werden. Die Geschichte und die augenblicklich geltende, komplizierte Verfassung der Senckenbergischen Bibliothek erklären es, dass manche Disziplin gar nicht gepflegt worden ist, dass Lücken und Ungleichheiten aller Art bestehen. Zum Beispiel wirkt der beklagenswerte Mangel an bibliographischen und Nachschlagewerken lähmend auf den ganzen Betrieb. Bei dem Verkehr mit auswärtigen

Bibliotheken ist es erforderlich — die Königliche Bibliothek Berlin verlangt es direkt, und zwar mit vollem Recht — dass die Bestellungen genau bibliographiert sind. Wie soll man aber diese Forderung erfüllen, wenn das notwendigste Handwerkszeug fehlt? Alle Versuche, hier Wandel zu schaffen, sind bisher leider vergeblich gewesen. Ebenso zu beklagen ist das Fehlen eines eigenen Bücheranschaffungsfonds für die Bibliothek, aus dem Werke zur allgemeinen Orientierung, Lexika und dergleichen beschafft werden könnten, d. h. Werke, die allen Bibliothekbenutzern und den Beamten bei ihrer Arbeit unentbehrlich sind. Diese Bedürfnisse bleiben jetzt grösstenteils unbefriedigt, da die Vereine ihre Geldmittel ausschliesslich für den Ausbau der von ihnen gepflegten Spezialdisziplinen verwenden. Neben einer Vermehrung des Bücherfonds bedarf es aber ganz besonders grösserer Mittel für Verwaltungszwecke, soll anders die Bibliothek den an sie gestellten, ständig wachsenden Anforderungen genügen. Es ist unumgänglich nötig, die Zahl der Beamten zu vermehren, damit die bisher unzulänglichen Katalogeinrichtungen die Umgestaltung und Verbesserung erfahren, die sie dieses Namens wert macht. Die Senckenbergische Stiftung und die ihr angeschlossenen Vereine, die seit achtzig Jahren allein das Büchermaterial für alle naturwissenschaftlichen und medizinischen Studien in Frankfurt beschafft haben, sind am Ende ihrer Kraft. Wie erwähnt, sind Verhandlungen wegen einer städtischen Subvention im Gange, die hoffentlich bald zu einem erfreulichen Ergebnis führen werden. Es liegt so durchaus im Interesse der akademisch gebildeten und naturwissenschaftlich interessierten Kreise unserer Stadt, eine grosse naturwissenschaftliche Bibliothek zur Verfügung zu haben, dass es sehr bedauert werden würde, wenn man der Senckenbergischen Bibliothek die verhältnismässig geringen Mittel verweigern wollte, um ihre Bestände einheitlich auszubauen und das literarische Material für den Arzt und den Naturforscher auf dieselbe Höhe zu bringen, die der Jurist, Theologe oder Philologe als etwas Selbstverständliches von seiten der Stadt entgegennimmt. In gerechter Würdigung dieser Gesichtspunkte hat auch der Magistrat der Stadt bereits prinzipiell der Gewährung einer Subvention zugestimmt.

II. Vermehrung.

Die für Bücherverkauf und Bucheinband aufgewendeten Summen erreichten eine Höhe von M. 13 143.63. Sie verteilen sich auf die einzelnen Vereine folgendermassen:

	Bücher Fortsetzungen	Bücher Neuanschaffung	Buchbinder	Gesamtzahl
Medizinisches Institut . .	M. 1287.80	M. 490.50	M. 324.04	M. 2102.34
Senckenbergische Naturforschende Gesellschaft	„ 4022.84	„ 585.35	„ 1846.50	„ 6454.69
Aerztlicher Verein . . .	„ 2550.58	„ 127.30	„ 462.—	„ 3139.88
Physikalischer Verein . .	„ 930.12	„ 47.—	„ 288.85	„ 1265.97
Verein für Geographie und Statistik	„ 67 80	„ —.—	„ 112.95	„ 180.75
Summa .	M. 8859.14	M. 1250.15	M. 3034.34	M. 13143.63

Hierunter fand sich eine Extrabewilligung des Medizinischen Institutes für die Beschaffung botanischer Werke von M. 300.—. Nicht eingerechnet in obige Zahlen sind M. 630.—, die von der Senckenbergischen Naturforschenden Gesellschaft alljährlich für die Unterhaltung der Bibliothek von Heyden aufgewendet werden.

Der Zuwachs an bibliographischen Bänden betrug: durch Kauf 498 Bände, durch Tausch oder Geschenk 1981 Bände und 969 kleine Schriften, zusammen 2479 Bände und 969 kleine Schriften.

Die Vermehrung der Bibliothek an Buchbinderbänden belief sich auf 1598 Bände, die sich folgendermassen auf die Vereine verteilen: Es führten der Bibliothek zu

das Medizinische Institut	221	Bände	= 13,81 Proz.
die Senckenbergische Naturforschende Gesellschaft	910	„	= 56,95 „
der Aerztliche Verein	257	„	= 16,09 „
der Physikalische Verein	156	„	= 9,77 „
der Verein für Geographie und Statistik	54	„	= 3,38 „
zusammen .	1598	Bände.	

Nach wissenschaftlichen Gruppen geordnet fallen auf

Geographie	127	Bände	= 7,95 Proz.
Exakte Naturwissenschaften	186	„	= 11,64 „
Beschreibende Naturwissenschaften .	546	„	= 34,17 „
Medizin	385	„	= 24,09 „
Allgemeines und Akademieschriften . .	354	„	= 22,15 „
zusammen .	1598	Bände.	

III. Benutzung.

Die Bibliothek war an 295 Tagen geöffnet. Die Lesezimmer wurden von 3861 Personen besucht. Die Zahl der Entleiher betrug 2077. Im Lesezimmer wurden nach vorheriger Bestellung 5819 Bände benutzt; die Bücher der Handbibliothek, die Zeitschriftenhefte und die im Lesezimmer ausgestellten Neuerwerbungen sind hierbei nicht mitgerechnet. Verliehen wurden 6333 Bände. Demnach belief sich

die Gesamtzahl der Benutzer auf 5938 gegen 5511 im Jahre 1905/06, und

die Gesamtzahl der benutzten Bände auf 12 152 gegen 6677 Bände im Jahre 1905/06.

Es hat also

die Zahl der Benutzer um 427 = 7,7 Proz.,

die Zahl der benutzten Bände um 5475 = 81 Proz.

zugenommen.

Von auswärtigen Bibliotheken (vgl. oben) wurden in 150 Sendungen rund 300 Bände besorgt; nach auswärts gingen

an Bibliotheken und Institute	in 22	Sendungen	50 Bände,
„ Privatpersonen direkt . .	„ 53	„	350 „
zusammen . .	in 75	Sendungen	400 Bände.

In die Wohnung unserer Entleiher bezw. von dort zur Bibliothek wurden durch den Bibliotheksdiener 283 Bücherpakete befördert.

Stand der Benutzer:

Ausser an die 2077 Entleiher wurden an 1135 Lesesaalbesucher auf Bestellung Bücher verabfolgt. Diese 3212 Personen verteilen sich auf die nachgenannten Berufskategorien wie folgt:

Studierende	361	Pers.	= 11,8	Proz. der Gesamtz.
Chemiker	151	„	= 5,2	„ „ „
Aerzte	930	„	= 30,7	„ „ „
Beamte wissenschaftlicher Institute, Sektionäre d. Senckenbergischen Naturforsch. Gesellsch.	506	„	= 14,5	„ „ „
Geistliche und Lehrer	350	„	= 10,1	„ „ „
Physiker, Techniker, Geologen .	163	„	= 5,2	„ „ „
Kaufmännische Berufe	205	„	= 6,2	„ „ „
Sonstige Berufe	546	„	= 16,3	„ „ „
zusammen . .	3212	Personen.		

Das Verhältnis der Vereinsmitglieder zu den Nichtvereinsmitgliedern unter diesen 3212 Benutzern war folgendes:

	Lesezimmer	Ausleihe	Insgesamt
Vereinsmitglieder	579 = 51 Proz.	1313 = 63,2 Proz.	1892 = 57,1 Proz.
Nichtvereinsmitgl.	556 = 49 „	764 = 36,8 „	1320 = 42,9 „
	1135	2077	3212

Benutzung der Bibliothek nach Fächern:

Geographie . . .	144 = 2,5 Proz.	292 = 4,6 Proz.	436 = 3,6 Proz.
Exakte Naturwissenschaften . .	870 = 15,0 „	886 = 14,0 „	1756 = 14,5 „
Beschreibende Naturwissenschaften .	1266 = 21,7 „	2729 = 43,1 „	3995 = 32,4 „
Medizin	2957 = 50,8 „	1852 = 29,2 „	4809 = 40,0 „
Allgemeines u. Akademieschriften .	582 = 10,0 „	574 = 9,1 „	1156 = 9,5 „
zusammen . .	5819	6333	12152

IV. Verschiedenes.

Der Katalogisierungdienst trat aus Mangel an geschultem Personal leider hinter den übrigen Arbeiten zurück. Eine Besserung ist bei den augenblicklichen Verhältnissen nicht abzusehen, so besserungsbedürftig vieles wäre. Das Schleiermachersche bibliographische System der Wissenschaftskunde, das dem Katalog zugrunde liegt, ist besonders für Naturwissenschaft und Medizin heute recht veraltet. Die in den Katalogen vorliegenden Titelaufnahmen sind vielfach so mangelhaft, dass eine nahezu vollständige Revision bezw. Erneuerung kaum zu umgehen sein wird. Von dem neu anzulegenden Katalog soll vor allem auch der systematisch geordnete Teil dem Publikum zugänglich gemacht werden. Von grosser Wichtigkeit wäre es, wenn gedruckte Titel zur Verfügung ständen. Die Berliner Titeldrucke kommen leider vorläufig für uns nicht in Betracht. Hoffentlich ist aber die Zeit nicht fern, wo es den Bemühungen der leitenden Männer gelingt, die der Einzelabgabe der Titel und ihrer Ausdehnung auf die älteren Bestände, wenigstens auf die des 19. Jahrhunderts, entgegenstehenden Schwierigkeiten zu zu beseitigen. In den Benutzungseinrichtungen der Bibliothek traten keine Aenderungen ein. An der sofortigen Erledigung jeder Bestellung für die Leseräume oder Entleihung nach Hause, wie an der gleichmässigen Verteilung der Oeffnungsstunden auf Vormittag und Spätnachmittag wurde festgehalten. Ohne Zweifel würde auch auf manchen Staats-

und Universitätsbibliotheken eine grössere Berücksichtigung der Wünsche des Publikums auf Verabfolgung von Büchern ohne stundenlange Vorherbestellung möglich sein, wenn die Bücherausgabe nicht vielfach auf verhältnismässig wenige Stunden zusammengedrängt wäre; und gewiss würde es von zahlreichen Benutzern dieser Bibliotheken den Verwaltungen herzlich gedankt werden, wenn der heute fast allgemein übliche Sechs-Uhr-Schluss beseitigt würde. Es gibt doch zu denken, dass diejenigen Studenten, die aus unseren Universitätsbibliotheken Bücher entleihen, im Durchschnitt noch nicht 45 Proz. der Gesamtzahl der immatrikulierten Studenten ausmachen. Vielfach kollidieren die Ausleihstunden der Bibliothek mit den wichtigsten Kollegs; für viele fällt der Abschluss der praktischen Tätigkeit in Laboratorium, Institut, Klinik um fünf, sechs Uhr des Nachmittags genau mit dem Schluss der Bibliothek zusammen. Das gilt nicht nur für Stundenten, sondern das gilt auch für die Dozenten der medizinischen und naturwissenschaftlichen Fächer und gilt noch viel mehr für die Angehörigen gelehrter Berufe, die wissenschaftlichen Studien gewissermassen nur im Nebenamt obliegen können.

Zur besseren Orientierung des Publikums über die Neuerwerbungen der Senckenbergischen Bibliothek werden diese, sobald sie ausleihreif sind, in ständig wechselnder Ausstellung im Lesezimmer ausgelegt, natürlich nur in Auswahl, wobei von Zeitschriften besonders diejenigen berücksichtigt werden, die nicht vorher im Zeitschriftenzimmer ausgelegen haben. Im Zeitschriftenzimmer ist durch Ziffern- und Buchstabenbezeichnung der Horizontal- und Vertikalreihen für die leichte Auffindbarkeit eines jeden der über 650 Fächer gesorgt. Die Zeitschriftentitel sind mit Rundschrift auf bewegliche Pappunterlagen nach Giessener Muster geschrieben. Als Verzeichnis ist ein Albumkatalog verwendet, dessen Blätter nebeneinander je einen Ausschnitt für Titel und Fachnummer jeder Zeftschrift enthalten und daher die Möglichkeit bieten, beides nach Bedarf zu verschieben.

Von der Einrichtung, das Entleihrecht durch Hinterlegung einer Kaution bei einer Bank zu erlangen, wurde nur in wenigen Fällen Gebrauch gemacht.

Von der im Lesezimmer aufgestellten Handbibliothek wurde ein alphabetisches Verzeichnis angefertigt und in einer Lipmannschen Kapsel dem Publikum zur Verfügung gestellt; das entsprechende systematische Verzeichnis, das die laufenden Zeitschriften und Lieferungswerke mit umfassen soll. geht seiner Fertigstellung entgegen.

Tätigkeitsbericht des Aerzteverbands für freie Aerztewahl für das Jahr 1908

erstattet von Dr. Hainebach, ärztl. Geschäftsführer.

Der Aerzteverband trat in das Jahr 1908 mit 243 Mitgliedern (131 allgemeine, 112 Spezialärzte) ein. Im Laufe des Jahres traten 14 Aerzte (6 allgemeine, 8 Spezialärzte) ein, während 12 (8 allgemeine, 4 Spezialärzte) ausschieden, hierunter 2 durch Tod. So betrug am Ende des Jahres der Mitgliederstand 245 (129 allgemeine, 116 Spezialärzte).

Zur Erledigung der Geschäfte wurden drei Generalversammlungen und 16 Vorstandssitzungen abgehalten.

Bei Beginn des Jahres bestanden Verträge mit 65 Krankenkassen und anderen Korporationen und mit 16 Sanitätsvereinen. Eine Kasse verwandelte sich in eine Zuschusskasse, ein neuer Vertrag mit Zahlung der Einzelleistungen wurde mit der Krankenkasse des kaufm. Vereins zu Magdeburg abgeschlossen, sodass auch am Schlusse des Jahres Verträge mit 81 Korporationen bestanden.

Gegen Ende des Jahres wurden mit den Sanitätsvereinen und der Krankenkasse der Kgl. Schutzmannschaft, deren Verträge nach dreijährigem Bestand abliefen, über den Abschluss neuer Verträge verhandelt. Die neuen Abmachungen sehen eine Erhöhung des Pauschales pro Familie ohne Oberhaupt von Mk. 11.—, pro Vollfamilie von Mk. 15.— auf Mk. 13.— und Mk. 17.— pro Jahr vor, ferner werden die Leistungen besonders nach den Mindestsätzen der Geb.-Ordn. honoriert, für die in der Gebührenordnung ein Mindestsatz von Mk. 3.— oder mehr (bisher Mk. 5.—) vorgesehen ist. Die neuen Verträge sind für alle Vereine, ebenso für die Schutzmannskasse, gleichlautend und treten mit dem 1. Jan. 1909 in Kraft. Drei kleine Sanitätsvereine haben sich aufgelöst.

Mit der neu gegründeten Innungskrankenkasse der Bäcker-Innung wurde ebenfalls ein Vertrag geschlossen, der mit dem 1. Jan. 1909 beginnt. Für Besuche wird Mk. 1.50 bezahlt, im übrigen für alle ärztlichen Leistungen die Mindestsätze der Gebührenordnung.

Der Vertrag mit der Eisenbahnbetriebskrankenkasse hat weiter zur gegenseitigen Zufriedenheit funktioniert und läuft weiter.

Die Kenntnisse der Aerzte auf dem Gebiete des Versicherungswesens suchte der Verband dadurch zu fördern, dass er auch in diesem Jahre wieder während des Monats Juli, für die Mitglieder des Verbands und des ärztlichen Vereins durch Herrn Geh. Ober.-Reg.-Rat Pfarrius einen Vortragscyklus halten liess über das Thema: „Der Arzt als Gutachter auf dem Gebiete der Arbeiterversicherung."

Aerzteverband für das freiwillige Rettungswesen Frankfurt a. M.

Rechenschaftsbericht des Vorstandes über das Jahr 1907,

vorgelegt in der ordentlichen Generalversammlung am 11. Februar 1908.

Die Zahl der Mitglieder betrug im Jahre 1907 imganzen 153. Neu eingetreten sind die Herren Dr. Dav. Ascher, Hirsch, Lewinsberg, M. Marx, Natt, Max Plaut, Willi Schmidt und Wagenknecht. Einen schweren Verlust erlitt unser Verband durch den Tod des Geh. Med.-Rats Dr. Grandhomme, des verdienstvollen Vorsitzenden der Frankfurter freiwilligen Rettungsgesellschaft, der lange Jahre unserem Vorstande angehörte und seine reiche Erfahrung und grosse Arbeitskraft der Förderung des hiesigen Rettungswesens widmete.

Der Vorstand bestand aus den Herren San.-Rat E. Cohn, I. Vors. Siegel, stellvertr. Vors., Berlizheimer, I. Schriftführer, Lapp, II. Schriftführer, Gelhaar, Kassier, ferner aus den Herren Eiermann, Ettlinger, Haus, Hohenemser, San.-Rat Rödiger und Sopp.

Zur Erledigung der laufenden Geschäfte wurden 4 Vorstandssitzungen, 2 gemeinsame Sitzungen des Vorstandes und der wachdiensttuenden Aerzte und 1 ausserordentliche Generalversammlung abgehalten.

Am Wachdienst auf der Rettungswache des Samariter-Vereins in der Burgstrasse nehmen 25 Herren teil; der Dienst auf der Wache der freiwilligen Rettungsgesellschaft in der Weissfrauenschule wurde von 23 Herren versehen. Die Sanitätswache des Samaritervereins in Bockenheim wurde wie in den Vorjahren im Bereitschaftsdienst versorgt.

Durch die Uebersiedelung der Wache der freiwilligen Rettungsgesellschaft aus der Münzgasse in die Weissfrauenschule wurden die langjährigen Wünsche der Aerzte erfüllt, welche jetzt über angenehme, grosse Räume für Tag und Nachtzeit verfügen; die Wache besteht jetzt aus schönen, geräumigen, den hygienischen Anforderungen entsprechenden Räumen.

Für fliegende Wachen stellten wir den beiden Rettungsgesellschaften bei verschiedenen Gelegenheiten (Neujahrsnacht, Ruderregatta, Wäldchestag, Einweihung des Senckenbergischen Museums) Aerzte zur Verfügung.

Wie in früheren Jahren wurden Unterrichtskurse in der ersten Hilfeleistung bei Unfällen und plötzlichen Erkrankungen abgehalten. Nach dem Beschluss des Rettungsausschusses wurde von allen Teilnehmern eine Einschreibgebühr von Mk. 1.— erhoben, von deren Entrichtung auch bei den staatlichen und städtischen Behörden nicht abgesehen wurde.

Auch in diesem Jahre waren die Herren San.-Rat E. Cohn und Siegel die Delegierten für den städtischen Ausschuss.

Die statutenmässige ordentliche Generalversammlung fand am 11. Februar 1907 statt.

gez. Dr. Berlizheimer
I. Schriftführer.

Dritter Teil.

Jahresbericht über die Verwaltung des Medizinalwesens und die öffentliche Gesundheitspflege der Stadt Frankfurt a. M. 1908.

Bevölkerungsstatistik für Frankfurt a. M. im Jahre 1908.

Von Dr. A. Koenig.*)

Uebersicht des Standes und der Bewegung der Bevölkerung der Stadt Frankfurt a. M. im Jahre 1908.

Die Bevölkerungsziffer ist vom Beginn des Berichtsjahres von rund 355000 auf rund 363200 gestiegen: als mittlere Bevölkerungszahl für den 1. Oktober 1908 ist 360000 anzunehmen. Es ergibt sich demnach eine Zunahme von 8000 Köpfen.

Betreffs der Bevölkerungsbewegung wurden von den 5 Standesämtern für das Kalenderjahr 1908 registriert 3759 Eheschliessungen d. h. 10,44 Prom. der Bevölkerung (gegen 11 Prom. in 1907), 9878 Geburten (darunter 308 Totgeburten), d. h. 27,44 Prom. (gegen 27,93 Prom. in 1907).

---

*) Nach den tabellarischen Uebersichten betr. den Zivilstand der Stadt Frankfurt a. M herausgeg. vom städt. statist. Amte in Gemeinschaft mit dem Stadtarzt Sanitätsrat Dr. A. Koenig.

Die Zahl der Sterbefälle betrug ohne Totgeburten 5325 oder 14,87 Prom. gegenüber 5086 oder 14,45 Prom. im Vorjahre.

Die absolute Zahl der Eheschliessungen ist entsprechend dem Bevölkerungswachstum gegen die Vorjahre um 112 gesunken; die Zahlen der Geborenen und Gestorbenen haben im Verhältnis zur Einwohnerzahl ebenfalls abgenommen,

Der Geburtenüberschuss mit 4245 zeigt eine Abnahme im Anschluss an das in den Vorperioden beobachtete Wachstum infolge eines Rückganges der relativen Geburtenziffer und einer Steigerung der Sterbeziffer.

Im Vergleiche mit anderen Städten ist die Sterblichkeit in hiesiger Stadt, wie bekannt, eine dauernd niedrige.

Die Wanderbewegung umfasste im Berichtsjahre 69359 anziehende und 65764 abziehende Personen (gegen 73505 bezw. 71189 in 1907).

Einen Vergleich der Eheschliessungen, Geburten und Sterbeziffern während des Jahres 1908 mit früheren Jahren auf das jeweilige Stadtgebiet bezogen, sowie das relative Verhältnis derselben und des Geburtenüberschusses ermöglicht die folgende Tabelle:

	Ehe-schliessungen	Prom der Bev.	Geburten (einschl. Tot-geborene)	Prom. der Bev.	Sterbefälle ausschl. Tot-geborene	Prom. der Bev.	Ueberschuss der Lebendgeborenen über die Sterbefälle	Proz. der Lebend-geburten	Gesamte Bevölkerungsziffer im Jahresmittel
1899	2911	11,47	7654 (243)	30,15	4205	16,56	3206	43,26	255 000
1900	3182	11,20	8607 (238)	30,31	4793	16,88	3576	42,73	264 000
1901	3130	10,05	8758 (261)	29,79	4588	15,61	3909	46,00	*294 000
1902	3235	10,78	8821 (269)	29,10	4434	14,78	4118	48,14	300 000
1903	3392	11,01	8873 (310)	28,80	5188	16,84	3375	39,41	310 000
1904	3543	11,21	9435 (289)	29,86	5025	15,90	4121	45,06	320 000
1905	3631	11,00	9439 (305)	28,60	5286	16,0[illegible]	3848	42,13	330 000
1906	3820	11,23	10069 (314)	29,62	5009	14,72	4746	48,65	343 000
1907	3871	11,00	9831 (306)	29,03	5086	14,45	4439	46,60	352 000
1908	3759	10,44	9878 (308)	27,44	5325	14,79	4245	42,97	360 000

*) Einschliesslich der im Jahre 1900 eingemeindeten Vororte Niederrad, Oberrad und Seckbach.

Eine Uebersicht der Geburten nach Legitimität und Geschlecht im Verhältnis zu den vorhergehenden 20 Jahren ist in der nächsten Tabelle gegeben.

Geburten in den Jahren 1889—1908.

Jahr	Zahl	Männl.	weibl.	Lebendgeborene	Totgeb.	Ehelich	Unehelich
1889	4814	2475	2339	4665	149	4272	540
1890	4741	2357	2384	4603	138	4213	528
1891	5294	2666	2628	5162	132	4703	591
1892	5327	2734	2593	5180	147	4673	654
1893	5425	2708	2717	5266	159	4750	675
1894	5644	2832	2812	5486	158	4918	726
1895	6493	3328	3165	6307	186	5712	781
1896	7023	3583	3440	6789	234	6183	840
1897	7381	3762	3619	7129	252	6435	946
1898	7691	3979	3712	7436	155	6796	895
1899	7654	3958	3696	7411	243	6691	963
1900	7727	3998	3729	7513	214	6764	963
1901	8758	4541	4217	8497	261	7706	1052
1902	8821	4549	4272	8552	269	7696	1125
1903	8873	4596	4277	8563	310	7758	1115
1904	9435	4867	4568	9146	289	8187	1248
1905	9439	4846	4593	9134	305	8103	1336
1906	10069	5178	4891	9755	314	8705	1364
1907	9831	5084	4747	9525	306	8466	1365
1908	9878	5049	4829	9570	308	8450	1428

Von den 8450 ehelichen Kindern wurden 8204 lebend und 240 tot geboren d. h. 3,9 Proz.; von den 1428 unehelichen Kindern wurden 1366 lebend und 62 tot geboren d. h. 4,54 Proz. Die relative Zahl der unehelichen Totgeburten hat demnach weiter abgenommen, während sie bei den ehelichen gegen das Vorjahr nicht geändert ist.

Eine Uebersicht über die Beteiligung der einzelnen Stadtteile (vergl. dazu Planskizze S. 235) an den ehelichen und unehelichen Geburten sowie deren Verteilung auf die einzelnen Monate geben die folgenden Tabellen.

Lebend- und Totgeburten des Jahres 1908 nach Geschlecht

(Die Geburten sind hier, abgesehen von der letzten Spalte, soweit tunlich

Stadtteile	Jahresbevölkerung 1907	Eheliche									Un-		
		Lebendgeborene			Totgeborene			Zusammen			Lebendgeborene		
		m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.
Altstadt	22 900	244	232	**476**	13	9	**22**	257	241	**498**	85	67	**152**
Westliche Neustadt . .	9 400	50	58	**108**	3	1	**4**	53	59	**112**	13	11	**24**
Nördliche „ . .	6 910	47	50	**97**	1	—	**1**	48	50	**98**	15	12	**27**
Oestliche „ . .	13 900	144	142	**286**	3	4	**7**	147	146	**298**	45	48	**93**
Südwestl. Aussenstadt .	51 800	766	662	**1428**	18	21	**39**	784	683	**1467**	132	142	**274**
Westliche „ .	10 400	42	50	**92**	2	1	**3**	44	51	**95**	4	4	**8**
Nordwestl. „ .	15 900	77	82	**159**	6	1	**7**	83	83	**166**	7	11	**18**
Nördliche „ .	33 000	317	277	**594**	6	6	**12**	323	283	**606**	52	52	**104**
Nordöstliche „ .	47 700	529	538	**1067**	15	13	**28**	544	551	**1095**	118	118	**236**
Oestliche „ .	22 400	240	246	**486**	5	8	**13**	245	254	**499**	28	37	**65**
Bornheim	19 000	327	300	**627**	10	7	**17**	337	307	**644**	38	33	**71**
Inneres Sachsenhausen	12 200	152	167	**319**	6	1	**7**	158	168	**326**	25	18	**43**
Aeusseres „	32 700	389	378	**767**	12	7	**19**	401	385	**786**	38	24	**62**
Bockenheim	37 500	519	503	**1022**	18	17	**35**	537	520	**1057**	48	42	**90**
Niederrad	10 100	163	153	**316**	7	5	**12**	170	158	**328**	22	25	**47**
Oberrad	9 000	107	112	**219**	2	7	**9**	109	119	**228**	16	9	**25**
Seckbach	3 200	40	45	**85**	—	—	—	40	45	**85**	3	2	**5**
Zusammen . .	358 000	4153	3995	**8148**	127	108	**235**	4280	4103	**8383**	689	655	**1344**
Eltern auswärts wohn.		32	22	**54**	5	6	**11**	37	28	**65**	13	9	**22**
Ohne Wohnungsangabe		2	—	**2**	—	—	—	2	—	**2**	—	—	—
Ueberhaupt . .		4187	4017	**8204**	132	114	**246**	4319	4131	**8450**	702	664	**1366**
Davon in Anstalten . .		331	340	**671**	21	21	**42**	352	361	**713**	360	335	**695**

und Legitimität in der Ausscheidung nach Stadtbezirken.

demjenigen Bezirke zugewiesen, in welchem die Mutter wohnt).

eheliche						Lebend-geborene			Tot-geborene			Gesamtzahl			Fälle mit unbekannt. Wohnung der Eltern, bezw. nach auswärts gehörig	Zahl der Geburten ohne Rücksicht auf die Wohnung
Totgeborene			Zusammen													
m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.		
5	2	**7**	90	69	**159**	329	299	**628**	18	11	**29**	347	310	**657**	1	**512**
—	1	**1**	13	12	**25**	63	69	**132**	3	2	**5**	66	71	**137**	3	**100**
—	—	—	15	12	**27**	62	62	**124**	1	—	**1**	63	62	**125**	—	**93**
1	4	**5**	46	52	**98**	189	190	**379**	4	8	**12**	193	198	**391**	33	**1026**
11	5	**16**	143	147	**290**	898	804	**1702**	29	26	**55**	927	830	**1757**	12	**1506**
—	—	—	4	4	**8**	46	54	**100**	2	1	**3**	48	55	**103**	1	**91**
—	1	**1**	7	12	**19**	84	93	**177**	6	2	**8**	90	95	**185**	9	**355**
2	1	**3**	54	53	**107**	369	329	**698**	8	7	**15**	377	336	**713**	8	**649**
2	9	**11**	120	127	**247**	647	656	**1303**	17	22	**39**	664	678	**1342**	3	**1199**
1	3	**4**	29	40	**69**	268	283	**551**	6	11	**17**	274	294	**568**	13	**833**
1	1	**2**	39	34	**73**	365	333	**698**	11	8	**19**	376	341	**717**	—	**648**
1	—	**1**	26	18	**44**	177	185	**362**	7	1	**8**	184	186	**370**	4	**322**
—	1	**1**	38	25	**63**	427	402	**829**	12	8	**20**	439	410	**849**	2	**770**
3	2	**5**	51	44	**95**	567	545	**1112**	21	19	**40**	588	564	**1152**	1	**1066**
1	2	**3**	23	27	**50**	185	178	**363**	8	7	**15**	193	185	**378**	1	**368**
—	—	—	16	9	**25**	123	121	**244**	2	7	**9**	125	128	**253**	—	**250**
—	—	—	3	2	**5**	43	47	**90**	—	—	—	43	47	**90**	—	**90**
28	32	**60**	717	687	**1404**	4842	4650	**9492**	155	140	**295**	4997	4790	**9787**	91	**9878**
—	1	**1**	13	10	**23**	45	31	**76**	5	7	**12**	50	38	**88**	—	—
—	1	**1**	—	1	**1**	2	—	**2**	—	1	**1**	2	1	**3**	—	—
28	34	**62**	730	698	**1428**	4889	4681	**9570**	160	148	**308**	5049	4829	**9278**	91	**9878**
15	19	**34**	375	354	**729**	691	675	**1366**	36	40	**76**	727	715	**1442**	81	**1442**

Lebend- und Totgeborene nach Geschlecht und Legitimität für die einzelnen Monate des Jahres 1908.

Monate	Eheliche Lebendgeborene m.	Eheliche Lebendgeborene w.	Eheliche Totgeb. m.	Eheliche Totgeb. w.	Eheliche Zusammen m.	Eheliche Zusammen w.	Uneheliche Lebendgebor. m.	Uneheliche Lebendgebor. w.	Uneheliche Totgeb. m.	Uneheliche Totgeb. w.	Uneheliche Zusammen m.	Uneheliche Zusammen w.	Lebendgeborene m.	Lebendgeborene w.	Totgeb. m.	Totgeb. w.	Gesamtzahl m.	Gesamtzahl w.	Gesamtzahl Zus.
Januar	366	308	15	7	381	315	69	64	2	4	71	68	435	372	17	11	452	383	835
Februar	341	342	10	2	351	344	65	52	3	2	68	54	406	394	13	4	419	398	817
März	378	382	8	12	386	394	62	50	2	1	64	51	440	432	10	13	450	445	895
April	352	347	16	8	368	355	57	59	3	5	60	64	409	406	19	13	428	419	847
Mai	374	337	13	6	387	343	76	73	3	3	79	76	450	410	16	9	466	419	885
Juni	309	347	8	10	317	357	57	46	4	4	61	50	366	393	12	14	378	407	785
Juli	354	352	11	11	365	363	58	51	—	3	58	54	412	403	11	14	423	417	840
August	388	361	12	16	400	377	53	60	3	3	56	63	441	421	15	19	456	440	896
September	353	324	9	15	362	339	47	66	3	4	50	70	400	390	12	19	412	409	821
Oktober	317	308	7	10	324	318	45	50	1	2	46	52	362	358	8	12	370	379	749
November	334	284	12	6	346	290	50	46	2	2	52	48	384	330	14	8	398	338	736
Dezember	321	325	11	11	332	336	63	47	2	1	65	48	384	372	13	12	397	384	781
Zusammen	4187	4017	132	114	4379	4131	702	664	28	34	730	698	4889	4681	160	148	5049	4829	9878
	8201		246		8450		1366		62		1428		9570		308				

Bemerkungen: Die Anerkennung der Vaterschaft unehelicher Kinder fand statt in 226 Fällen (bei 120 Knaben und 106 Mädchen).

Zwillingspaare wurden 91 geboren (35 nur Knaben, 19 nur Mädchen und 37 Knaben und Mädchen), zusammen 107 Knaben und 75 Mädchen.; ausserdem sind 2 Drillingsgeburten (2 Knaben und 4 Mädchen) zu verzeichnen.

Nach des Vaters Tode wurden 5 Kinder geboren (2 Knaben und 3 Mädchen).

Planskizze.

Umriss der Bezirkseintheilung von Frankfurt am Main

Tabellarische Uebersicht der im Jahre 1908 in Frankfurt vorgekommenen Todesfälle.

Die folgenden Tabellen bringen die Uebersichten der im Jahre 1908 in Frankfurt vorgekommenen Todesfälle (ausschliesslich der Totgeburten) und zwar:

1. Sterbefälle nach Todesursachen und Geschlecht unter Anwendung des preussischen systemat. Verzeichnisses. (Erl. v. 22. April 1904),

2. nach den Todesursachen, Geschlecht und dem erreichten Lebensalter.

3. nach den Todesursachen und den Monaten, in welchen die Todesfälle stattfanden,

4. nach den Todesursachen und den Stadtteilen, in welchen die Erkrankungen erfolgten,

5. Todesfälle der Kinder unter 15 Jahren nach Alter und Legitimität,

6. der Todesfälle im ersten Lebenhjahre in den einzelnen Monaaten nach den Todesursachen und Geschlecht.

7. Sterblichkeit der Kinder von unter 5 Jahren nach Todesursachen, erreichtem Lebensalter und Legitimät.

8. aller Todesfälle in den einzelnen Monaten nach Altersgruppen und Zivilstand.

Tabelle 1.

Die Sterbefälle des Jahres 1908 nach Todesursachen und Geschlecht

unter Anwendung des vom preussischen Kultusministerium herausgegebenen systematischen Verzeichnisses.

Ordn.-Nr.	Todesursachen	Zahl der Verstorbenen		
		m.	w.	zus.
	I. Infektionskrankheiten, Zoonosen, und Schmarotzerkrankheiten.			
1a)	Masern, Morbilli	29	28	**57**
2a)	Scharlach, Scarlatina	8	5	**13**
d)	„ -Sepsis	2	6	**8**
3	Frieseln	—	1	**1**
5	Windpocken, Varicellae	1	1	**2**
6	Rose, Erysipelas	4	2	**6**
7a)	Diphtherie und Krupp	33	23	**56**
8	Keuchhusten, Pertussis	76	52	**128**
9	Grippe, Influenza	21	30	**51**
10	Blutvergiftung	25	18	**43**
11	Kindbettfieber, Febris puerperalis,	—	2	**2**
12a)	Starrkrampf, Tetanus und Trismus	2	3	**5**
b)	„ Tetanus neonatorum	—	4	**4**
13a)	Typhus, Abdominaltyphus	2	1	**3**
b)	Weilsche Krankheit	—	1	**1**
c)	Paratyphus	1	1	**2**
14	Fleckfieber, Flecktyphus	—	1	**1**
15	Rückfallfieber	—	3	**3**
16	Ruhr, Dysenteria	—	3	**3**
20	Genickstarre, Meningitis cerebrospinalis epidemica	4	—	**4**
22	Akuter Gelenkrheumatismus	1	—	**1**
23Ac)	Primäre Syphilis	1	1	**2**
c)	Tertiäre Syphilis	1	1	**2**
d)	Kongenitale Syphilis	15	—	**15**
e)	Ohne Bezeichnung der Grade	4	—	**4**
25a)	Lungenschwindsucht	355	306	**661**
c)	Miliartuberkulose	13	14	**27**
d)	Skrofeln	—	3	**3**
f)	Knochen-, Gelenktuberkulose	3	5	**8**
g)	Tuberkulöse Hirnhautentzündung	21	22	**43**
h)	Solitärer Gehirntuberkel	1	—	**1**
i)	Unterleibsschwindsucht	8	4	**12**
k)	Nierentuberkulose	1	2	**3**
o)	Allgemeine Tuberkulose	10	7	**17**
32	Fadenpilzkrankheiten:			
a)	Schwämmchen	—	1	**1**
	Summe I	642	551	**1193**

Noch Tab. 1.

Ordn.-Nr.	Todesursachen	Zahl der Verstorbenen m.	w.	zus.
	II. Vergiftungen.			
34a)	Organische Gifte:			
γ)	Schwämme, Tollkirsche, Nikotin etc.	6	4	**10**
b)	Anorganische Gifte:			
α)	akute Vergiftung	2	—	**2**
35	Giftige Gase	6	7	**13**
36	Alkoholvergiftung:			
β)	chronische Trunksucht	1	1	**2**
γ)	Delirium tremens	3	—	**3**
	Summe II	18	12	**30**
	III. Aeussere Einwirkungen.			
37a)	Quetschungen und Zerreissungen . .	12	—	**12**
b)	Knochenbrüche:			
α)	des Schädels	47	12	**59**
γ)	der Wirbelsäule	3	—	**3**
δ)	der Rippen	3	1	**4**
ε)	der oberen Gliedmassen	1	—	**1**
η)	der unteren Gliedmassen	1	1	**2**
e)	Wunden:			
α)	durch Hieb, Stich, Schnitt	2	—	**2**
β)	„ Schuss	22	—	**22**
f)	Verbrennung und Verbrühung . . .	8	7	**15**
g)	Erfrieren	2	—	**2**
h)	Gehirnerschütterung	1	1	**2**
m)	Ertrinken	23	13	**36**
n)	Erhängen	43	11	**54**
o)	Ersticken	2	3	**5**
r)	Verletzung ohne nähere Angabe:			
β)	durch Ueberfahren	6	3	**9**
γ)	„ Maschinen	1	—	**1**
δ)	„ Sturz, Fall, Schlag etc. . . .	6	1	**7**
ε)	auf sonstige Weise	1	—	**1**
s)	Verblutung ohne nähere Angabe . .	1	—	**1**
t)	Operationen ohne nähere Angabe . .	—	5	**5**
	Summe III	185	58	**243**
	IV. Störungen der Entwickelung und Ernährung.			
38	Angeborene Lebensschwäche	153	100	**253**
39	Bildungsfehler, Missgeburt	2	4	**6**
41	Englische Krankheit	9	5	**14**
43	Abzehrung der Kinder, Atrophia infant.	110	83	**193**
44a)	Erschöpfung, Entkräftung	—	1	**1**
45	Altersschwäche, Marasmus senilis .	73	126	**199**

Noch Tab. 1.

Ordn.-Nr.	Todesursachen	Zahl der Verstorbenen m.	w.	zus
49	Zuckerkrankheit	31	30	**61**
50	Diabetes insipidus, Zuckerlose Harnruhr	2	—	**2**
52	Bronzekrankheit	—	1	**1**
53	Fettsucht	1	—	**1**
56	Neubildungen:			
A)	Bösartige Neubildungen:			
a)	Krebs:			
α)	der äusseren Bedeckungen	2	2	**4**
β)	„ Verdauungsorgane	137	105	**242**
γ)	„ Atmungsorgane	8	5	**13**
δ)	des Harnapparats	6	—	**6**
ε)	der Geschlechtsorgane	1	66	**67**
ζ)	Sonstige Karcinome	5	20	**25**
b)	Sarkom	8	4	**12**
c)	Andere bösartige Neubildungen	3	9	**12**
B)	Gutartige Neubildungen:			
c)	Kropf, Struma	8	11	**19**
	Summe IV	559	572	**1131**
	V. Krankheiten der Organe.			
	A. Krankheiten der Haut und des Zellgewebes.			
57a)	Pemphigus	2	2	**4**
l)	Sonstige Hautausschläge	—	1	**1**
58	Furunculosis, Blutgeschwür	5	—	**5**
59	Zellgewebsentzündung:			
a)	Phlegmone, Abszess etc.	1	6	**7**
61a)	Nabelentzündung	2	—	**2**
b)	Nabelblutnngen	—	1	**1**
	Zusammen A	10	10	**20**
	B. Krankheiten der Muskeln und Sehnen.			
66	Muskelentartung	—	—	—
	C. Krankheiten der Knochen, Knorpel und Gelenke.			
68b)	Knochenentzündung, Knocheneiterung, Knochenfrass etc.	5	2	**7**
70a)	Gelenkverletzung, Gelenkverrenkung	1	—	**1**
b)	Gelenkentzündung	—	1	**1**
71a)	Chronisch. Gelenkrheumatismus	—	1	**1**
	Zusammen C	6	4	**10**

Noch Tab. 1.

Ordn.-Nr.	Todesursachen	Zahl der Verstorbenen m.	w.	zus.
	D. Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Drüsen.			
73a)	Blutmangel, Anämie	1	1	**2**
b)	Anaemia perniciosa	3	1	**4**
c)	Weissblütigkeit, Leukaemia	3	1	**4**
d)	Pseudoleukaemia	2	1	**3**
e)	Lymphom	3	1	**4**
74c)	Blutfleckenkrankheit	1	1	**2**
75	Bluterkrankheit	1	—	**1**
76	Drüsenentzündnng	1	1	**2**
	Zusammen D	15	7	**22**
	E. Krankheiten des Gefässsystems.			
78	Akute Endokarditis	8	8	**16**
79a)	Herzbeutelentzündung	2	3	**5**
80	Herzvergrösserung	3	2	**5**
81a)	Herzklappenfehler	46	62	**108**
b)	Angeborener Herzfehler	2	—	**2**
82a)	Herzmuskelentartung	39	46	**85**
b)	Herzverfettung	—	4	**4**
84	Herzschlag, Apoplexia cordis	148	149	**297**
85a)	Herzkrampf, Angina pectoris	1	—	**1**
86	Herzleiden ohne nähere Angabe	8	4	**12**
87	Arterienkrankheiten:			
a)	Aneurysma, Schlagadererweiterung	3	—	**3**
c)	Arterienverstopfung	7	23	**30**
d)	Arterienverkalkung, Arteriosklerose	64	35	**99**
88	Venenkrankheiten:			
b)	Venenentzündung	1	2	**3**
c)	Blutgefässverstopfung	1	—	**1**
	Zusammen E	333	338	**671**
	F. Krankheiten des Nervensystems.			
89	Hirnhautentzündung, Meningitis	37	26	**63**
90	Gehirnhöhlenwassersucht	3	2	**5**
91a)	Gehirnentzündung, akute Encephalitis	8	5	**13**
b)	Gehirneiterung, Gehirnabszess	1	—	**1**
92	Gehirnschlag, Apoplexia cerebri	131	113	**244**
93a)	Erweichungsherde im Gehirn	9	2	**11**
b)	Gehirnlähmung, Paralysis cerebri	17	12	**29**
95	Gehirnleiden ohne nähere Bezeichnung	7	3	**10**
96	Geisteskrankheit:			
b)	Progressive Paralyse, Gehirnerweich.	8	2	**10**
c)	Dementia senilis	1	1	**2**
e)	Idiotie	1	—	**1**

Noch Tab. 1.

Ordn.-Nr.	Todesursachen	Zahl der Verstorbenen m.	w.	zus.
97	Paralysis agitans	2	2	**4**
98a)	Rückenmarkentzündung	1	3	**4**
99	Compressionsmyelitis	1	—	**1**
100a)	Rückenmarkschwindsucht	3	2	**5**
101a)	Rückenmarklähmung	2	1	**3**
b)	Kinderlähmung	1	—	**1**
c)	Rückenmarkleiden ohne näh. Angabe	2	—	**2**
102	Progressive Muskelatrophie	—	1	**1**
104	Rückenmarksklerose, multiple	1	1	**2**
110a)	Fallsucht, Epilepsie	2	3	**5**
c)	Sonstige Krämpfe	68	48	**116**
112	Basedowsche Krankheit	—	4	**4**
	Zusammen F	306	231	**587**
	G. Krankheiten des Ohres.			
113b)	Erkrankung des Trommelfelles und mittleren Ohres	3	—	**3**
	J. Krankheiten der Respirationsorgane.			
116	Kehlkopfentzündung	—	1	**1**
117b)	Stimmritzenkrampf	18	11	**29**
118	Kehlkopfverengung	2	1	**3**
119	Luftröhrenkatarrh	4	2	**6**
120	Akute Bronchitis	15	24	**39**
121a)	Chronischer Bronchialkatarrh	13	11	**24**
b)	Bronchialkatarrh ohne nähere Bezeichnung	7	7	**14**
122	Lungenentzündung, Pneumonie:			
a)	Fibrinöse oder genuine	8	9	**17**
b)	Katarrhalische Lungenentzündung	56	53	**109**
c)	Hypostatische	—	1	**1**
d)	Lungenentzündung ohne nähere Angabe	211	186	**397**
124	Lungenleiden ohne nähere Bezeichnung	5	5	**10**
125	Lungenblutsturz, Haemoptoe	2	6	**8**
126	Lungenemphysem	18	13	**31**
127a)	Lungenabszess	1	1	**2**
b)	Lungenbrand	1	—	**1**
128	Lungenlähmung	11	9	**20**
129a)	Brustfellentzündung, Rippenfellentzündung.:			
a)	seröse	7	—	**7**
b)	eitrige	4	4	**8**
c)	Brustfellendzündung ohne nähere Angabe	1	8	**9**
	Zusammen J	384	352	**736**

Noch Tab. I.

Ordn.-Nr.	Todesursachen	Zahl der Verstorbenen m.	w.	zus.
	K. Krankheiten des Verdauungsapparates.			
130	Krankheiten der Mundhöhle:			
a)	Mundentzündung	—	1	1
131	Halsentzündung	2	2	4
132	Krankheiten der Speicheldrüse	—	1	1
133	Krankheiten der Speiseröhre	1	—	1
134	Magenkrankheiten:			
a)	Magenkatarrh	9	3	12
c)	Magengeschwür, Magenblutung etc.	8	5	13
e)	Magenverengung	2	—	2
135	Darmkrankheiten:			
a)	Darmkatarrh, Enteritis, Magendarmkatarrh	144	112	256
c)	Durchfall	36	22	58
a)	Brechdurchfall	16	18	34
d)	Darmträgheit	—	1	1
f)	Darmgeschwüre ohne nähere Angabe	—	1	1
136	Darmblutung	5	1	6
137	Blinddarmentzündung	16	10	26
138	Darmverschluss	11	6	17
139	Darmzerreissung	1	—	1
140	Mastdarmerkrankungen:			
141	Darmfistel	—	1	1
142	Brüche, Unterleibsbrüche etc.:			
a)	eingeklemmte	3	3	6
143	Bauchfellentzündung Unterleibsentzündung	17	25	42
144a)	Leberentzündung	3	1	4
d)	Leberzirrhose	22	2	24
145a)	Gelbsucht	3	4	7
b)	Gelbsucht der Neugeborenen	1	—	1
146	Leberleiden ohne nähere Bezeichnung	—	2	2
147	Gallensteine	5	7	12
	Zusammen K	305	228	533
	L. Krankheiten der Harnorgane			
149	Nierenentzündung, Nephritis	66	48	142
150a)	Pyelitis	4	2	6
153	Uraemia	9	3	12
154	Entzündungen und Lähmungen der Harnwege:			
a)	Blasenleiden	2	—	2
	Zusammen L	81	53	134

Noch Tab. 1.

Ordn.-Nr.	Todesursachen	Zahl der Verstorbenen		
		m.	w.	zus.
	M. Krankheiten der Geschlechtsorgane			
	Männliche.			
161	Erkrankungen der Prostata	1	—	**1**
	Weibliche.			
163b)	Parametritis	—	1	**1**
171a)	Bauchschwangerschaft	—	1	**1**
c)	Eklampsie der Schwangeren . . .	—	2	**2**
d)	„ „ Gebärenden	—	3	**8**
172	Folgen der Entbindung:			
„	Blutungen während der Geburt . .	—	1	**1**
174	Fehlgeburt	—	1	**1**
	Zusammen M	1	9	**10**
	Summe V	1444	1232	**2676**
	VI. Andere sowie nicht angegebene und unbekannte Krankheiten.			
176	(Wassersucht etc.)	26	26	**52**
	Gesamtsumme	2874	2451	**5325**

Tabelle 2. **Die Sterbefälle des Jahres 1908**

Ord.-Nr.	Todesursachen	1 Jahr			2—5 Jahre			6—10 Jahre			11—15 Jahre			16—20 Jahre			21—30 Jahre		
		m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m	w.	zus	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.
1	Angeborene Lebensschwäche und Bildungsfehler	154	104	**258**	1	—	**1**	—	—	—	–	–	–	—	—	—	—	—	—
2	Altersschwäche	—	—	-	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3	Im Kindbett gestorben	—	—	—	—	—	—	—	—	–	—	-	—	—	—	—	—	6	**6**
	Darunter: Kindbettfieber	—	—	–	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	**1**
4	Scharlach	—	—	—	5	9	**14**	4	—	**4**	—	2	**2**	—	—	—	—	—	—
5	Masern und Röteln	7	11	**18**	21	16	**37**	1	1	**2**	—	—	—	—	—	—	—	—	—
6	Diphtherie und Krupp	3	1	**4**	17	12	**29**	10	6	**16**	1	2	**3**	2	—	**2**	—	1	**1**
7	Keuchhusten	43	33	**76**	32	17	**49**	—	2	**2**	—	—	—	—	—	—	—	—	—
8	Typhus	—	—	—	—	—	—	1	—	**1**	—	—	—	—	—	—	—	—	—
9	Uebertragb. Tierkrankheiten	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
10	a) Rose (Erysipel)	—	—	-	—	—	-	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	**1**
	b) And. Wundinfektionskrankh.	1	1	**2**	—	1	**1**	1	1	**2**	2	—	**2**	1	2	**3**	3	4	**7**
11	Tuberkulose	17	10	**27**	25	31	**56**	8	8	**16**	6	11	**17**	15	30	**45**	86	102	**18[illegible]**
12	Lungenentzündung (Pneumonie)	91	66	**157**	73	60	**133**	3	2	**5**	2	3	**5**	1	1	**2**	6	5	**11**
13	Influenza	1	1	**2**	—	1	**1**	1	—	**1**	—	—	—	—	—	—	—	—	—
14	Andere übertragb. Krankheiten	20	18	**38**	1	1	**2**	2	—	**2**	1	—	**1**	—	—	—	2	—	**2**
	Darunter: Vener. Krankh.	15	2	**17**	1	—	**1**	1	—	**1**	—	—	—	—	—	—	2	—	**2**
15	Krankh. d. Atmungsorg. (ausschl. No. 6, 7, 11, 12, 13 u. 20)	28	19	**47**	13	17	**30**	1	—	**1**	—	1	**1**	2	—	**2**	6	–	**6**
16	Krankheiten d. Kreislauforgane (Herz usw.)	21	10	**31**	6	5	**11**	2	3	**5**	2	—	**2**	4	3	**7**	18	23	**41**
17	a) Gehirnschlag	—	—	–	1	—	**1**	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	b) Andere Krankheiten d. Nervensystems	64	49	**113**	26	20	**46**	7	4	**11**	3	—	**3**	2	3	**5**	9	9	**18**
18	Krankheiten d. Verdauungsorgane (ausschl. No. 11 u. 20)	292	217	**509**	31	22	**53**	6	3	**9**	3	3	**6**	4	3	**7**	8	7	**15**
	Darunter:																		
	a) Magen- u. Darmkatarrh	266	194	**460**	25	16	**41**	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	**1**
	b) Brechdurchfall	13	16	**29**	1	1	**2**	1	—	**1**	—	—	—	—	—	—	–	–	
19	Krankh. d. Harn- u. Geschlechtsorgane (ausschl. No. 3 u. 20)	—	3	**3**	4	1	**5**	2	2	**4**	—	—	—	2	1	**3**	5	3	**8**
20	a) Krebskrankheiten)	–	—	—	—	1	**1**	—	1	**1**	—	1	**1**	—	—	—	1	2	**3**
	b) Andere Neubildunpen	1	—	**1**	1	2	**3**	1	2	**3**	—	2	**2**	1	1	**2**	1	—	**1**
21	a) Selbstmord	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	10	3	**13**	23	4	**27**
	b) Mord und Totschlag	1	1	**2**	3	—	**3**	—	1	**1**	—	—	—	–	—	—	1	—	**1**
	c) Verunglückung oder andere gewaltsame Einwirkung	3	2	**5**	8	8	**16**	10	2	**12**	2	1	**3**	3	2	**5**	16	1	**17**
22	Andere benannte Todesursachen	10	6	**16**	8	5	**13**	2	—	**2**	3	1	**4**	1	1	**2**	7	2	**9**
	Darunter: a) Alkoholismus (Säuferwahnsinn)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	-	—	—	—	1	—	**1**
23	Todesursache nicht angegeben und unbekannt	5	13	**18**	2	3	**5**	—	1	**1**	—	—	—	—	—	—	2	2	**4**
	Zusammen	762	565	**1327**	278	232	**510**	62	39	**101**	25	27	**52**	48	50	**98**	194	172	**366**

*) Handschriftlich nach Standesämtern vorhanden.

nach Todesursachen und erreichtem Lebensalter.

31–40 Jahre			41–50 Jahre			51–60 Jahre			61–70 Jahre			71–80 Jahre			81–90 Jahre			91 u. mehr Jahre			Ueberhaupt*)			Ord.-Nr.
m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	155	104	**259**	1
—	—	—	—	—	—	1	—	**1**	10	11	**21**	30	62	**92**	29	48	**77**	3	5	**8**	73	126	**199**	2
—	4	**4**	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	10	**10**	3
—	1	**1**	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	**2**	
1	—	**1**	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	10	11	**21**	4
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	29	28	**57**	5
—	1	**1**	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	33	23	**56**	6
—	—	—	—	—	—	1	—	**1**	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	76	52	**128**	7
1	1	**2**	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	**3**	8
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	9
1	1	**2**	—	—	—	1	—	**1**	1	—	**1**	1	—	**1**	—	—	—		—	—	4	2	**6**	10a
3	6	**9**	7	1	**8**	3	—	**3**	3	1	**4**	1	1	**2**	—	—	—	—	—	—	25	18	**43**	10b
109	70	**179**	63	42	**105**	47	29	**76**	31	21	**52**	4	8	**12**	1	1	**2**	—	—	—	412	363	**775**	11
15	7	**22**	23	10	**33**	13	16	**29**	22	35	**57**	18	31	**49**	7	13	**20**	1	—	**1**	275	249	**524**	12
1	—	**1**	1	—	**1**	4	7	**11**	5	8	**13**	6	11	**17**	2	2	**4**	—	—	—	21	30	**51**	13
1	1	**2**	—	—	—	2	—	**2**	1	1	**2**	—	—	—	—	—	—	—	—	—	30	21	**51**	14
1	—	**1**	—	—	—	1	—	**1**	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	21	2	**23**	
7	4	**11**	7	2	**9**	9	12	**21**	18	16	**34**	14	21	**35**	4	10	**14**	—	1	**1**	109	103	**212**	15
29	21	**50**	45	24	**69**	69	58	**127**	79	111	**190**	45	64	**09**	11	15	**26**	2	1	**3**	333	338	**671**	16
5	1	**6**	15	10	**25**	35	16	**51**	41	42	**83**	29	33	**162**	4	11	**15**	1	—	**1**	131	113	**244**	17a
12	14	**26**	18	5	**23**	11	4	**15**	16	4	**20**	6	6	**12**	1	—	**1**	—	—	—	175	118	**293**	17b
15	12	**27**	17	14	**31**	19	9	**28**	15	13	**28**	5	5	**10**	—	3	**3**	—	—	—	415	311	**726**	18
1	—	**1**	1	2	**3**	1	2	**3**	2	3	**5**	3	2	**5**	—	—	—	—	—	—	299	220	**519**	
—	1	**1**	—	—	—	—	—	—	1	—	**1**	—	—	—	—	—	—	—	—	—	16	18	**34**	
10	6	**16**	19	12	**31**	19	8	**27**	13	15	**28**	5	2	**7**	3	1	**4**	—	—	—	82	54	**136**	19
3	14	**17**	17	41	**58**	49	43	**92**	60	61	**121**	27	30	**57**	2	4	**6**	—	—		159	198	**357**	20a
—	1	**1**	3	2	**5**	3	4	**7**	5	5	**10**	3	5	**8**	—	—		—	—	—	19	24	**43**	20b
21	10	**31**	18	8	**26**	19	8	**27**	9	2	**11**	3	1	**4**	2	—	**2**	—	—	—	105	36	**141**	21a
1	—	**1**	2	1	**3**	—	—	—	—	1	**1**	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	4	**12**	21b
17	1	**18**	18	4	**22**	5	3	**8**	2	3	**5**	1	1	**2**	1	1	**2**	—	—	—	86	29	**115**	21c
6	8	**14**	11	8	**19**	12	8	**20**	13	13	**26**	7	7	**14**	1	—	**1**		—	—	81	59	**140**	22
1	—	**1**	—	—	—	—	—	—	2	1	**3**		—	—	—	—	—	—	—	—	4	1	**5**	
2	1	**3**	5	—	**5**	4	2	**6**	2	3	**5**	3	—	**3**	1	1	**2**	—	—	—	26	26	**52**	23
260	184	**444**	289	184	**473**	326	227	**553**	346	366	**712**	208	288	**496**	69	110	**179**	7	7	**14**	[illegible]	[illegible]	5325	

Tabelle 3. **Die Sterbefälle des Jahres 19**

Ordn.-Nr.	Todesursachen	Januar			Februar			März			April			Mai			Juni	
		m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.
1	Angeborene Lebensschwäche und Bildungsfehler	20	9	29	18	11	29	11	9	20	7	9	16	20	5	25	13	[illegible]
2	Altersschwäche (über 60 Jahre)	6	13	19	4	14	18	14	15	29	6	10	16	6	11	17	2	11
3	Im Kindbett gestorben	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	[illegible]
	Darunter: Kindbettfieber	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
4	Scharlach	—	1	1	1	—	1	1	1	2	—	—	—	—	—	—	1	1
5	Masern und Röteln	—	—	—	—	1	1	1	2	3	2	1	3	—	1	1	2	—
6	Diphtherie und Krupp	1	2	3	2	2	4	3	1	4	1	—	1	3	3	6	—	1
7	Keuchhusten	1	5	6	6	5	11	7	6	13	8	4	12	7	5	12	6	[illegible]
8	Typhus	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
9	Uebertragbare Tierkrankheiten	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
10	a) Rose (Erysipel)	1	—	1	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—
	b) And. Wundinfektionskrankh.	1	3	4	4	—	4	5	2	7	2	—	2	4	2	6	3	1
11	Tuberkulose	35	29	64	38	32	70	38	35	73	36	33	69	35	43	78	[illegible]	[illegible]
12	Lungenentzündung (Pneumonie)	32	38	70	26	34	60	26	21	47	23	29	52	30	9	39	[illegible]	[illegible]
13	Influenza	4	4	8	8	16	24	4	6	10	2	2	4	—	—	—	—	—
14	Andere übertragb. Krankheiten	3	1	4	1	—	1	4	3	7	3	2	5	4	2	6	[illegible]	[illegible]
	Darunter: Vener. Krankheiten	1	—	1	1	—	1	3	2	5	1	—	1	5	—	5	1	—
15	Krankh. d. Atmungsorgane (ausschl. No. 6, 7, 11, 12, 13 u. 20)	13	19	32	13	10	23	11	9	20	12	8	20	10	8	18	4	[illegible]
16	Krankh. d. Kreislauforg. (Herz usw.)	27	41	68	39	26	65	30	32	62	29	31	60	24	22	46	[illegible]	[illegible]
17	a) Gehirnschlag	9	16	25	13	4	17	9	11	20	10	14	24	11	4	15	12	[illegible]
	b) Andere Krankh. d. Nervensyst.	17	10	27	16	12	28	18	17	35	24	8	32	14	14	28	15	[illegible]
18	Krankheiten der Verdauungsorg.	24	21	45	26	12	38	26	15	41	23	15	38	31	26	57	30	[illegible]
	Darunter:																	
	a) Magen- und Darmkatarrh	19	13	32	15	6	21	19	12	31	13	9	22	17	20	37	25	[illegible]
	b) Brechdurchfall	—	2	2	—	—	—	1	2	3	—	—	—	—	1	1	2	[illegible]
19	Krankh. d Harn- u. Geschlechtsorg.	4	4	8	8	4	12	11	2	13	3	7	10	4	2	6	5	[illegible]
20	a) Krebskrankheiten	13	15	28	19	9	28	14	12	26	17	18	35	10	27	37	11	[illegible]
	b) Andere Neubildungen	—	2	2	1	3	4	1	—	1	2	1	3	2	1	3	2	1
21	a) Selbstmord	12	2	14	8	2	10	7	4	11	9	4	13	14	5	19	[illegible]	[illegible]
	b) Mord und Totschlag	—	—	—	1	1	2	1	—	1	1	—	1	4	1	5	—	—
22	c) Verunglückung oder andere gewaltsame Einwirkung	14	—	14	3	—	3	8	3	11	7	3	10	11	3	14	11	1
	Andere benannte Todesursachen	7	7	14	5	4	9	3	8	11	9	3	12	5	5	10	10	[illegible]
	Darunter: a) Alkoholismus (Säuferwahnsinn)	—	—	—	2	1	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
23	Todesursache nicht angegeben und unbekannt	3	2	5	5	4	9	2	1	3	2	3	5	1	2	3	3	[illegible]
	Zusammen	247	244	491	266	207	473	255	216	471	238	206	444	250	201	451	237	[illegible]
	Kinder unter 1 Jahr	70	45	115	65	47	112	53	46	99	46	41	87	62	38	100	60	[illegible]
	" " 5 Jahren	88	72	160	81	67	151	80	73	153	62	54	116	94	56	150	80	51

ch Monaten und Todesursachen.

Juli		August			Septemb.			Oktober			Novemb.			Dezember			Zusammen			Ordn.-Nr.
w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	
4	13	11	15	26	15	5	20	15	8	23	5	8	13	11	12	23	155	104	259	1
5	8	6	10	16	8	14	22	3	8	11	10	5	15	5	10	15	73	126	199	2
—	—	—	1	1	—	1	1	—	1	1	—	—	—	—	3	3	—	10	10	3
—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	2	2	
—	—	—	2	2	—	1	1	1	1	2	2	3	5	4	1	5	10	11	21	4
3	7	5	2	7	2	4	6	4	—	4	3	6	9	6	8	14	29	28	57	5
—	4	2	—	2	1	—	1	4	6	10	5	4	9	7	4	11	33	23	56	6
5	13	10	8	18	9	4	13	3	—	3	6	2	8	5	5	10	76	52	128	7
—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	1	.	1	2	1	3	8
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	9
—	—	2	—	2	—	—	—	—	1	1	1	—	1	—	—	—	4	2	6	10a
—	—	—	3	3	1	1	2	3	3	6	2	1	3	—	2	2	25	18	43	10b
33	62	34	25	59	24	25	49	31	28	59	33	21	54	31	25	56	412	363	775	11
16	35	15	11	26	19	21	40	25	12	37	16	16	32	25	25	50	275	249	524	12
—	—	—	—	—	—	1	1	1	—	1	—	1	1	2	—	2	21	30	51	13
1	4	3	2	5	—		—	1	3	4	4	3	7	2	2	4	30	21	51	14
—	1	—	—	—	—	—	—	2	—	2	3	—	3	3	—	3	21	2	23	
6	14	4	4	8	4	5	9	6	3	9	16	17	33	8	8	16	109	103	212	15
21	41	23	22	45	31	21	52	24	29	53	31	28	59	26	38	64	333	338	671	16
10	23	8	7	15	10	9	19	11	8	19	15	6	21	10	17	27	131	113	244	17a
6	18	11	8	19	6	8	14	15	5	20	12	11	23	15	14	29	175	118	293	17b
43	112	65	47	112	41	31	72	33	40	73	25	19	44	22	22	44	415	311	726	18
24	70	56	40	96	35	28	63	26	33	59	14	11	25	14	16	30	299	220	519	
10	22	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	16	18	34	
7	14	6	7	13	7	3	10	7	5	12	7	3	10	13	3	16	82	54	136	19
21	33	13	12	25	13	14	27	11	15	26	12	17	29	14	19	33	159	198	357	20a
4	6	1	3	4	3	1	4	1	3	4	—	2	2	4	3	7	19	24	43	20b
2	10	10	2	12	8	3	11	7	2	9	9	2	11	4	3	7	105	36	141	21a
—	—	—	—	—	—		—	1	—	1	—	2	2	—	—	—	8	4	12	21b
4	10	6	4	10	3	3	6	9	2	11	4	3	7	4	3	7	86	29	115	21c
4	12	8	4	12	5	4	9	3	4	7	11	9	20	7	3	10	81	59	140	22
—	—	1	—	1		—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	4	1	5	
3	5	—	3	3	1	1	2	4	—	4	2	1	3	1	1	2	26	26	52	23
198	444	243	202	445	211	181	392	223	187	410	231	190	421	227	231	458	2874	2451	5325	
54	147	86	74	150	68	42	110	61	50	111	45	45	90	53	49	102	762	565	1327	
67	184	113	92	205	88	61	152	82	63	145	62	64	126	90	74	164	1040	797	1837	

Tabelle 4.

Die Sterbefälle des Jahres 1908 nach Todesursachen und grösseren Stadtteil[en]

(Die Sterbefälle sind soweit tunlich den Stadtteilen zugewiesen, in welchen die Erkrankung erfol[gte])

Ord.-Nr.	Todesursachen	Stadtteile: Altstadt	Neustadt: westl.	Neustadt: nördl.	Neustadt: östliche	Aussenstadt: süd-westl.	Aussenstadt: westl.	Aussenstadt: nord-westl.	Aussenstadt: nördl	Aussenstadt: nord-östliche	Aussenstadt: östliche	Alt-Bornheim	Sachsh.: inneres	Sachsh.: äusser	Bocken-heim	Niederrad	Oberrad	Seckbach	Nach auswärts gehörig	Mit unb. Wohn[ung]
1	Angeborene Lebensschwäche und Bildungsfehler	27	7	4	14	49	1	5	16	32	10	21	9	19	17	18	7	1	2	—
2	Altersschwäche	16	3	3	11	11	8	9	24	16	18	9	8	23	24	3	3	7	3	—
3	Im Kindbett gestorben	1	—	—	—	1	—	—	2	2	—	—	—	2	—	1	—	—	1	—
	Darunter: Kindbettfieber	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
4	Scharlach	2	—	—	—	1	—	—	1	5	2	2	1	3	1	2	—	—	1	—
5	Masern und Röteln	7	—	1	5	7	—	—	4	11	—	9	3	2	8	—	—	—	—	—
6	Diphtherie und Krupp	6	3	—	1	8	—	1	4	7	1	6	2	3	3	—	2	4	5	—
7	Keuchhusten	22	—	—	4	16	—	—	6	10	3	8	13	6	23	7	8	—	2	—
8	Typhus	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
9	Uebertragbare Tierkrankh.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
10	a) Rose (Erysipel)	2	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—
	b) Andere Wundinfektionskrankheiten	3	1	—	3	3	1	2	2	7	2	3	2	4	4	—	1	—	4	1
11	Tuberkulose	107	27	19	32	83	4	11	51	91	34	47	37	76	65	26	15	3	37	10
12	Lungenentzündg. (Pneum.)	57	10	10	26	64	8	12	32	74	25	47	17	48	43	23	12	1	14	1
13	Influenza	1	1	—	3	1	3	5	4	8	5	3	1	4	7	—	2	2	1	—
14	And. übertragb. Krankh.	8	2	—	3	5	—	—	—	7	4	2	1	3	9	—	2	1	3	1
	Darunt.: Vener. Krankh	6	1	—	1	2	—	—	—	5	1	1	-	1	3	—	—	1	1	—
15	Krankh. d. Atmungsorgane (ausschl. No. 6, 7, 11, 12, 13 u. 20)	11	5	2	22	22	3	8	15	28	8	19	11	19	17	13	6	1	2	—
16	Krankh. d. Kreislauforgane (Herz usw.)	66	17	14	31	61	21	46	77	71	42	25	32	50	50	14	10	9	33	2
17	a) Gehirnschlag	15	5	6	7	20	5	21	35	30	20	9	14	25	14	7	5	1	4	1
	b) Andere Krankheiten des Nervensystems	28	3	7	10	42	2	7	16	40	15	15	11	25	34	15	13	1	8	1
18	Krankh. d. Verdauungsorg. (ausschl. No. 11 u. 20)	85	8	10	25	107	8	12	36	77	30	57	45	48	91	37	15	1	33	1
	Darunter: a) Magen- u. Darmkat.	67	4	5	17	84	2	5	25	58	15	45	41	29	62	32	16	—	12	1
	b) Brechdurchfall	7	1	—	2	2	—	—	—	1	2	4	1	3	10	1	—	—	—	—
19	Krankh. der Harn- u. Geschlechtsorgane (auschl. No. 3 u. 20)	7	2	—	8	13	6	6	12	17	6	6	4	19	10	3	3	1	11	2
20	a) Krebskrankheiten	37	14	3	19	25	8	20	33	42	27	13	9	26	32	8	6	2	31	2
	b) Andere Neubildungen	4	—	2	3	2	1	2	4	6	4	1	1	4	2	—	—	—	7	—
21	a) Selbstmord	12	1	3	9	21	—	10	7	14	6	6	4	12	6	2	4	1	19	4
	b) Mord und Totschlag	—	1	—	—	—	—	—	—	—	2	3	—	2	—	—	1	—	1	2
	c) Verunglück. od. and. gewalts. Einwirkung	7	1	1	6	17	2	1	4	10	5	3	10	5	9	3	6	—	17	8
22	And. benannte Todesurs.	11	4	3	7	14	1	7	13	19	12	5	6	15	10	1	1	—	11	—
	Darunter: a) Alkoholismus (Säuferwahnsinn)	2	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—
23	Todesursache nicht angegeben und unbekannt	3	1	2	5	2	1	3	1	8	2	1	3	7	5	—	—	—	1	7
	Zusammen	545	117	91	256	595	83	188	399	632	283	320	245	452	484	183	122	36	251	[illegible]

Anmerkung. Siehe Planskizze Seite 235.

Tabelle 5.

Die Sterblichkeit der Kinder unter 15 Jahren nach Alter, Legitimität und Gebürtigkeit.

Altersklassen.	eheliche			uneheliche			Ueberhaupt			Davon hier geboren		
	m.	w	zus	m.	w.	zus	m.	w	zus	m.	w.	zus.
0— 1	542	386	**928**	220	179	**399**	762	565	**1327**	692	522	**1214**
1— 2	153	113	**266**	29	27	**56**	182	140	**322**	159	124	**283**
2— 3	51	44	**95**	2	4	**6**	53	48	**101**	47	42	**89**
3— 4	26	27	**53**	1	2	**3**	27	29	**56**	21	25	**46**
4— 5	16	15	**31**	—	—	—	16	15	**31**	12	13	**25**
5— 6	16	10	**26**	—	—	—	16	10	**26**	12	9	**21**
6— 7	9	11	**20**	—	1	**1**	9	12	**21**	6	10	**16**
7— 8	13	8	**21**	—	1	**1**	13	9	**22**	11	8	**19**
8— 9	14	4	**18**	—	—	—	14	4	**18**	10	3	**13**
9—10	9	4	**13**	1	—	**1**	10	4	**14**	6	3	**9**
10—11	8	3	**11**	—	—		8	3	**11**	5	3	**8**
11—12	6	6	**12**	—	1	**1**	6	7	**13**	4	3	**7**
12—13	5	3	**8**	—	—	—	5	3	**8**	3	3	**6**
13—14	4	8	**12**	—	1	**1**	4	9	**13**	3	6	**9**
14—15	2	4	**6**	—	1	**1**	2	5	**7**	2	3	**5**
Zusammen	874	646	**1520**	253	217	**470**	1127	863	**1990**	993	777	**1770**

Tabelle 6.

Die Sterblichkeit der Kinder im ersten Lebensjahre in den einzelnen Monaten des Jahres 1908 nach Todesursachen und Geschlecht.

Ordnungs-Nr.	Todesursachen	Es starben im Monat																								Ueberhaupt		
		Januar		Februar		März		April		Mai		Juni		Juli		August		September		Oktober		November		Dezember				
		m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	zus.
1	Lebensschwäche	19	9	17	10	11	8	6	9	20	3	12	9	9	4	10	15	15	5	14	8	5	7	10	10	148	97	**245**
2	Masern	—	—			—	—	1	—	—	—	—	—	1	2	1	1	2	2	1	—	—	2	1	4	7	11	**18**
3	Scharlach	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		—
4	Diphtherie	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	3	1	**4**
5	Keuchhusten	1	3	1	3	3	3	6	2	4	4	3	1	6	5	6	5	5	2	1	—	4	2	3	2	43	32	**75**
6	Tuberkulose Hirnhautentzündung	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	2	—	1	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	5	3	**8**
7	Krämpfe	7	4	6	5	7	7	7	2	2	1	2	2	6	1	3	5	—	3	5	2	6	3	3	4	54	40	**94**
8	Luftröhrenastentzd.	—	—	—	—	—		1		—		—		—	—			—	—		—		—	—	—	1	—	**1**
9	Lungenentzündung	10	8	11	12	7	7	7	12	8	1	7	4	9	5	5	[illegible]	6	3	7	4	5	2	9	6	91	67	**158**
10	Lungenschwindsucht	1	1	2	—	—	1	—	—	1	—	1	—	—	1	1	—	—	1	—	1		2		—	6	7	**13**
11	Stimmritzenkrampf	2	—		—	—	1	2	1	[illegible]	[illegible]	—	—	1	—	2	—	—	—	1	—	3	1	2	—	15	6	**20**
12	Krupp	—	—	—	—							—	—	—	—			—				—	—		—	—	—	—
13	Magendarmkatarrh	5	3	5	—	7	7	5	7	7	8	13	8	36	24	37	21	16	11	17	15	7	2	4	9	161	115	**276**
14	Brechdurchfall	—	—		—		1		—	—	—	3	3	3	3	1	3	1	4	4	2	1		—	—	13	16	**29**
15	Ernährungszehrfieber	12	9	9	4	7	3	6	—	5	6	7	—	13	5	12	13	15	10	5	11	4	7	8	7	101	77	**178**
16	Angeborene Syphilis	1	—	1		2	2	1		4	—	1	—	1	—	—	—		—	1		3		1		16	2	**18**
17	Sonst. Todesursachen	11	8	13	13	9	6	4	7	8	10	9	7	7	4	8	4	7	—	5	[illegible]	[illegible]	[illegible]	10	7	98	92	**190**
	Zusammen	70	45	65	47	63	46	46	41	[illegible]	[illegible]	[illegible]	34	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	42	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	762	565	**1327**

Tabelle 7.

Die Sterblichkeit der Kinder unter fünf Jahren im Jahre 1908

Le-

Ordn.-Nr.	Todesursachen	In der ersten Lebenswoche und zwar am							In der				Im ersten Le-			
		1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	1.	2.	3.	4.	1.	2.	3.	4.
		Lebenstage							Lebenswoche				Lebens-			
1	Lebensschwäche . . .	101	27	15	7	8	6	3	167	38	18	20	243	1	—	—
2	Masern	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3
3	Scharlach	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
4	Diphtherie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
5	Keuchhusten	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	2	4	6	6
6	Tuberk. Hirnhautentzg.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
7	Krämpfe	—	—	1	—	—	—	—	1	4	2	5	12	8	11	16
8	Luftröhrenästeentz. . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
9	Lungenentzündung . .	—	—	1	—	—	—	—	1	3	2	2	8	10	14	10
10	Lungenschwindsucht .	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	2
11	Stimmritzenkrampf .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	4	2	2
12	Krupp	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
13	Magendarmkatarrh . .	—	—	—	—	—	—	—	—	4	10	10	24	39	46	48
14	Brechdurchfall .	—	1	—	—	—	—	—	1	—	2	2	5	4	4	4
15	Ernährungszehrfieber .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	46	37	24
16	Angeborene Syphilis .	3	—	—	—	—	—	—	3	—	3	1	7	3	4	3
17	Sonstige Krankheiten .	14	4	4	4	1	1	1	29	10	8	5	52	27	18	13
	Zusammen	118	32	21	11	9	8	4	203	59	46	48	356	147	142	131
	Davon waren unehelich	31	11	6	5	1	—	—	54	17	19	14	104	63	61	50

nach Todesursachen, Geschlecht, erreichtem Lebensalter und gitimität.

bensjahre und zwar im								In den zwei ersten Lebensjahren und zwar								Im					Zusammen bis zum 5. Lebensj.
5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	1.	2.	3.	4.	5.	
monat								Lebensquartale								Lebensjahre					
—	—	—	—	1	—	—	—	244	—	1	—	—	—	—	—	245	—	—	—	—	245
1	1	2	1	2	3	3	2	—	5	5	8	12	8	8	—	18	28	5	2	2	55
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	2	5	1	2	10
—	—	—	—	2	—	1	—	1	—	2	1	4	1	2	—	4	7	6	7	6	30
7	8	11	7	6	6	6	6	12	21	24	18	13	8	11	5	75	37	8	3	2	125
1	2	2	1	—	—	2		—	3	3	2	1	2	8	1	8	7	5	6	2	28
10	8	9	4	4	5	5	2	31	34	17	12	6	3	1	1	94	11	6	2	—	113
—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	1	—	—	—	2
18	16	19	15	17	13	11	7	32	44	51	31	38	27	23	11	158	99	19	10	1	287
1	1	—	—	3	2	2	1	1	4	3	5	4	3	2	2	13	11	4	3	1	32
3	4	1	2	—	—	—	1	7	9	3	1	3	4	1	—	20	8	1	—	—	29
—	—	—	—	—	—	—	—		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	3
43	17	18	18	11	4	5	3	109	108	47	12	11	10	1	2	276	24	—	2	1	302
4	2	3	1	1	—	1	—	13	10	5	1	1	—	—	—	29	1	1	—	—	31
12	15	13	7	11	5	2	5	84	51	31	12	5	1	3	3	178	10	3	1	—	192
1	—	—	—	—	—	—	—	14	4	—		—	—	—	—	18	—	—	—		18
9	17	14	8	12	4	7	9	97	39	34	20	27	20	20	9	190	76	38	18	13	335
110	91	92	64	71	42	45	36	645	352	227	12[illegible]	124	89	75	64	1327	322	101	56	31	1837
31	27	17	16	11	5	10	4	228	108	44	19	23	15	15	3	399	56	6	3	—	464

Tabelle 8.

Die in den einzelnen Monaten des Jahres 1908 Verstorbenen nach Altersgruppen und Zivilstand.

Monate	Von den Verstorbenen standen im Lebensjahre													Ueberhaupt	Davon waren			
	1	2—5	6—10	11—15	16—20	21—30	31—40	41—50	51—60	61—70	71—80	81—90	91 u. mehr		ledig	verheirat.	verwitwet	geschied
Januar	115	45	1	7	7	32	36	43	62	70	45	28	—	**491**	233	162	93	3
Februar	112	39	9	7	10	35	30	39	64	60	46	21	1	**473**	232	151	87	3
Marz	99	54	7	3	9	35	44	37	43	58	61	18	3	**471**	243	134	87	7
April	87	29	13	5	7	39	40	47	49	70	43	15	—	**444**	194	161	87	2
Mai	100	50	13	4	13	35	40	44	48	49	43	10	2	**451**	256	124	66	[illegible]
Juni	94	37	6	5	10	41	47	33	53	62	31	6	—	**425**	215	143	65	2
Juli	147	37	8	6	7	38	37	32	41	48	29	14	—	**444**	258	132	53	1
August	160	45	9	8	5	16	28	41	38	49	28	18	—	**445**	265	119	58	3
September	110	42	4	1	9	17	29	38	32	62	32	12	4	**392**	221	111	59	1
Oktober	111	34	10	3	11	28	35	29	38	59	43	8	1	**410**	216	138	51	5
November	90	36	10	3	5	22	38	45	49	57	47	17	2	**421**	195	140	83	3
Dezember	102	62	11	—	5	28	40	45	36	68	48	12	1	**458**	231	152	70	5
Zusammen:	1327	510	101	52	98	366	444	473	553	712	496	179	14	**5325**	2759	1667	859	[illegible]
Davon hier geb	1214	443	78	35	44	118	109	57	106	140	127	[illegible]	3	**2530**	1998	327	[illegible]	[illegible]

Oeffentliche Gesundheitspflege.

Mitteilungen des Stadtarztes Sanitätsrat Dr. Koenig.

Im Berichtsjahre amtierten 26 Schulärzte. Neu eingetreten sind: Dr. Fromm und Fräulein Dr. Philippson.

Der Gesundheitszustand war ein allgemein guter. Es wurden von den Schulärzten die in der Anlage 1 zusammengestellten Krankheiten beobachtet. Von den neu eintretenden Kindern wurden schulärztlich untersucht: bei den Mittelschulen 1145 und bei den Bürgerschulen 4895.

Diese Aufnahmeuntersuchung hatte folgendes Ergebnis:

	Mittelschulen	Bürgerschulen
1. Allgemeine Erkrankungen	247	1401
Skrofulose	61	259
Rachitis	113	647
Anämie	63	418
Sonstige	10	77
2. Erkrankungen innerer Organe	123	759
der Brustorgane	61	408
der Bauchorgane	34	229
des Nervensystems	28	132
3. Chronische Hautleiden	15	155
4. Sehstörungen	60	405
5. Hörstörungen	37	198
6. Sprachstörungen	109	563
7. Wirbelverkrümmungen	27	238
8. Sonstige	67	644

Über die allgemeine Konstitution, die Grösse und das Körpergewicht der Schulanfänger gibt folgende Tabelle Auskunft.

Es starben 73 Kinder in den Bürgerschulen, und zwar 39 Knaben und 34 Mädchen. Als Todesursache wurde festgestellt: 14 mal Tuberkulose (darunter 2 mal Hirnhaut- und 1 mal Knochentuberkulose), 6 mal Lungenentzündung, 3 mal Skrofulose, 1 mal Blinddarmentzündung, 3 mal Scharlach, 4 mal Herzfehler, 3 mal Hirnhautentzündung, 1 mal Mittelohreiterung, 8 mal Diphtherie, 1 mal Mandelvereiterung, 2 mal Nierenentzündung, 1 mal Bauchfellentzündung, 1 mal Brustfellentzündung, 3 mal Gehirnentzündung, 2 mal Zuckerkrankheit, 2 mal Gelenkrheumatismus, 2 mal Epilepsie, 1 mal Herzbeutelentzündung, 1 mal Blutvergiftung, 1 mal Gehirngeschwulst, 7 mal Unglücksfall (3 mal Ertrinken, 2 mal Überfahren und 2 mal Brandwunden); in sechs Fällen war die Todesursache unbekannt.

In den Mittelschulen starben 12 Kinder, 7 Knaben und 5 Mädchen. Die Todesursache war 3 mal Scharlach, 4 mal

Diphterie, 1 mal Blinddarmentzündung, 1 mal Darmleiden, 1 mal Gehirnentzündung, 1 mal Tuberkulose; in einem Falle war die Todesursache unbekannt.

Eine Schlussuntersuchung der abgehenden Kinder wurde auch in diesem Jahre wieder vorgenommen.

Ein Heilkursus für stotternde Schulkinder fand in der Zeit vom 21. Mai bis 2. Dezember unter Leitung des Rektors Bleher in 5 Abteilungen statt, die von den Lehrern Busch, Kauferstein, Oppermann, Weber und Will geführt wurden. Die Abteilungen waren in den Gebäuden der Hölderlinschule, Kirchnerschule, Varrentrappschule, Wiesenhüttenschule und in dem ehemaligen Gebäude der Hilfsschule in der Predigerstrasse untergebracht. Es nahmen 68 Knaben und Mädchen aus hiesigen Mittel- und Bürgerschulen teil.

Turnspiele. a) Knaben: Die Teilnahme erstreckte sich, wie bisher, auf die Schüler der höheren Schulen vom vierten, der Mittel- und Bürgerschulen vom dritten Schuljahre an (415 Klassen). Von 16734 Schülern nahmen 9169 teil = 54,79 Proz. Diese spielten in 138 Abteilungen unter Leitung von ebenso vielen Lehrern. Als Spielplätze dienten für 118 Abteilungen mit 8032 Spielern die allgemeinen Spielplätze, die übrigen Abteilungen benutzten die Schulhöfe. Jede Schule spielte wöchentlich einmal. Die Beteiligung betrug durchschnittlich 81,29 Proz. der Gesamtzahl der spielenden Schüler.

Für die Schüler der Mittel- und Bürgerschulen wurde anfangs Juli ein Wetturnen veranstaltet. Es beteiligten sich daran 285 Schüler, von denen 90 den Mittelschulen und 195 den Bürgerschulen angehörten. Von den teilnehmenden Knaben erhielten 125 einen Preis; davon entfielen auf die Knaben der Mittelschulen 46 und auf die der Bürgerschulen 79. Die üblichen Schlagballwettspiele fanden im August und September sowohl für die höheren Schulen, und zwar getrennt für die Mittel- und Oberklassen, als auch für die Mittel- und Bürgerschulen statt. In der Oberabteilung der höheren Schulen (Klassen O II und I) siegte die Sachsenhäuser Oberrealschule; der zweite Preis wurde diesmal nicht gegeben. Sieger blieben in der Unterabteilung der höheren Schulen (Klassen bis U II) die Schüler der Klinger-Oberrealschule. Sie erhielten als Wanderpreis die im Jahre 1906 von einem Freunde der Jugendspiele gestiftete künstlerisch ausgeführte, wertvolle Silberplakette, die einen Sieger im Ballspiel darstellt. Den zweiten Preis errangen die Schüler der Sachsenhäuser Oberrealschule. Von den Mittelschulen siegten die Schüler der

Bornheimer Mittelschule (I. Preis) und die der Ostend-Mittelschule (II. Preis); von den Bürgerschulen siegten in Klasse I (Kampf um den Jahnschild) die Schüler der Merianschule (I. Preis: Jahnschild), die Schüler der Battonnschule (II. Preis) und die Schüler der Glauburgschule (III. Preis), in Klasse II (Kampf um Kranz und Urkunde) die Schwarzburgschule (I. Preis), die Dom-Schule (II. Preis) und die Günderodeschule (III. Preis). Im Eilboten-Wettlauf der höheren Schulen errangen in der Oberabteilung die Schüler der Klinger-Oberrealschule den I., in der Unterabteilung die Schüler des Lessinggymnasiums den I. und die Schüler der Klinger-Oberrealschule den II. Preis. Von den Mittelschulen siegten die Bethmann-Mittelschule (I.) und die Deutscherren-Mittelschule (II.); von den Bürgerschulen siegten die Schwarzburgschule (I.), Glauburgschule (II.), FrankensteinerSchule (III.), Battonnschule (IV.), Günthersburgschule (V.) und Kaufungerschule (VI. Preis).

b) Mädchen: Es spielten 5861 Schülerinnen von 43 Schulen in 94 Abteilungen unter Leitung je einer Lehrerin; 61 Abteilungen spielten auf den Spielplätzen, die übrigen auf den Schulhöfen. Die durchschnittliche Teilnahme betrug 79,44 Proz. der Schülerinnen. Bei den Wettspielen siegten: im Schlagballspiele die Katharinenschule (I. Preis) und die Gruneliusschule (II. Preis) im Tamburinball die Gruneliusschule (I. Preis) und die Brentanoschule (II. Preis); die Uhlandschule erhielt eine lobende Anerkennung für schönes Spiel. Von den Mittelschulen erhielten im Tamburinball Preise: die Bockenheimer Mittelschule den I. und die Bornheimer Mittelschule den II. Preis.

Baden und Schwimmen der Schulkinder im Main und in der Nidda. a) Knaben: Es wurden, wie in den Vorjahren, die Knaben der vier letzten Schuljahre der Mittel- und Bürgerschulen zur Teilnahme aufgefordert. Von 7697 Schülern meldeten sich 5824 = 75,66 Proz. Aus diesen wurden 109 Abteilungen gebildet. Die Aufsichtführung wurde eben sovielen Lehrern übertragen. Jede Abteilung badete wöchentlich dreimal. Die durchschnittliche Teilnahme betrug 72,46 Proz. der Angemeldeten. Es haben nur gebadet 1374, es konnten frei schwimmen 1797, es erhielten Schwimmunterricht 2653; von den letzteren lernten frei schwimmen 1340 = 50,51 Proz. Von den im Schuljahr 1908 von den Mittel- und Bürgerschulen aus der Schulpflicht entlassenen 1856 Schülern haben sich am Baden beteiligt und Schwimmunterricht erhalten 1357. Hiervon haben das Schwimmen erlernt 1087 = 80,10 Proz.

b) Mädchen. Von insgesamt 6960 Schülerinnen der Oberklassen meldeten sich 3861 = 55,48 Proz. Dieselben badeten in 77 Abteilungen wöchentlich je dreimal unter Aufsicht von ebenso vielen Lehrerinnen. Die Teilnahme betrug im Durchschnitt 63,95 Proz. Es haben nur gebadet 701, es konnten schon frei schwimmen 1084, es erhielten Schwimmunterricht 2076, von den letzteren lernten frei schwimmen 893 = 43,01 Proz. Von den im Schuljahre 1908 von den Mittel- und Bürgerschulen aus der Schulpflicht entlassenen 1807 Mädchen haben 948 am Baden und Schwimmen teilgenommen. Von diesen haben 720 = 75,95 Proz. das Schwimmen erlernt.

In den Brausebädern der Bürgerschulen wurden im ganzen 216,320 Bäder an Knaben und 122,547 Bäder an Mädchen abgegeben.

Zusammenstellung

der

beobachteten Krankheiten

und

Ergebnisse der Erstuntersuchungen.

Zusammenstellung der

a) Mittelschulen.

Krankheiten	VIII K.	VIII M.	VII K.	VII M.	VI K.	VI M.	V K.	V M.	IV K.	IV M.	III K.	III M.	II K.	II M.	I K.	I M.
1. Allg. Erkrankungen:																
Skrofulose	3	3	4	2	2	2	1	7	2	3	3	6	2	2	2	2
Rachitis	4	5	6	14	9	9	4	7	1	4	2	3	1	2	—	4
Anämie	3	4	6	14	8	22	13	23	11	33	5	18	3	12	1	9
Sonstige	—	2	—	2	—	1	2	3	1	—	3	1	2	3	1	—
2. Erkrankungen innerer Organe:																
der Brustorgane	2	4	4	6	2	9	7	13	3	10	4	5	5	7	1	5
„ Bauchorgane	1	2	—	5	2	1	6	12	8	4	2	1	8	—	8	—
des Nervensystems	2	3	2	7	3	3	3	5	3	4	1	4	—	3	—	2
3. Chron. Hautleiden	1	2	3	7	1	1	2	4	—	5	4	2	1	1	1	1
4. a) Sehstörungen	3	7	7	7	5	13	7	21	7	17	10	5	6	22	6	3
b) Augenentzündungen	—	2	—	3	—	6	3	8	2	4	2	4	3	4	1	—
5. Hörstörungen	2	3	4	5	2	9	4	6	4	6	3	4	2	2	2	—
6. Sprachstörungen	—	3	2	8	4	7	2	10	2	6	8	3	—	2	3	—
7. Wirbelverkrümmung	—	—	2	6	2	5	4	11	5	5	2	1	3	1	—	1
8. Sonstige	—	2	3	4	9	7	3	12	7	11	6	3	2	2	1	4
9. Geistig schwach	1	1	1	2	—	4	1	1	1	2	1	1	3	4	—	1

Ergebnisse der

a) Mittel-

Schule	Zahl der Untersuchten		Hausärztliche Atteste		Grösse: Mittlere cm		Maximum cm		Minimum cm	
	Kn.	M.	Kn.	M.	Kn.	M.	Kn.	M.	Kn.	M.
Bethmann-Mittelschule	49	44	—	1	—	118	—	130	—	107
Bismarck-Mittelschule	47	39	—	—	115	111,5	130	129	99	102
Bockenheimer Mittelschule	41	46	—	—	117	120,5	124,5	134,5	109	112
Bornheimer-Mittelschule	86	72	—	3	116,3	116,3	127	130	106	103
Deutschherren-Mittelschule	42	32	—	1	117,5	119	133	123	110	115
Engl. Fräulein-Mittelschule	—	31	—	—	—	115	—	122	—	105
Fürstenberger Mittelschule	—	68	—	—	—	121	—	134	—	108
Ostend-Mittelschule	104	41	—	—	117	117	132	129	102	105
Peters-Mittelschule	—	66	—	16	—	116	—	129	—	106
Souchay-Mittelschule	91	74	2	—	118	119	131	138	107	107
Souchay-Mittelschule Ueberklassen	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Westend-Mittelschule	95	77	1	2	118,5	116	130	130	107	99
	555	590	3	23	117	117,2	133	138	99	99
	1145		26							

beobachteten Krankheiten.

b) Bürgerschulen.

Krankheiten	VIII K.	VIII M.	VII K.	VII M.	VI K.	VI M.	V K.	V M.	IV K.	IV M.	III K.	III M.	II K.	II M.	I K.	I M.
1. Allgem. Erkrankungen:																
Skrofulose	15	12	22	15	25	24	14	26	12	16	16	7	10	10	8	9
Rachitis	19	17	26	19	7	9	10	9	9	6	2	9	6	10	7	16
Anämie	15	28	19	43	20	68	39	77	25	86	32	78	31	74	28	80
Sonstige	7	4	18	15	14	4	14	16	14	10	12	17	4	12	8	14
2. Erkrankungen innerer Organe:																
der Brustorgane	23	31	32	35	42	36	49	61	63	60	60	46	45	39	60	73
„ Bauchorgane	7	3	23	10	25	11	34	18	40	12	25	30	32	13	19	4
des Nervensystems	5	11	12	22	18	12	14	23	16	17	22	11	12	7	9	13
3. Chron. Hautleiden	23	14	33	41	28	68	28	74	20	36	23	39	17	41	16	32
4. a) Sehstörungen	31	31	41	45	44	94	64	101	58	74	55	59	43	70	86	52
b) Augenentzündungen	13	14	24	22	31	25	28	33	21	26	23	8	16	10	10	6
5. Hörstörungen	14	11	32	20	33	28	34	28	34	29	25	22	29	19	15	10
6. Sprachstörungen	8	8	18	5	18	17	22	11	12	9	21	11	5	2	6	5
7. Wirbelverkrümmung	1	1	13	12	12	18	12	12	9	17	13	12	15	12	21	39
8. Sonstige	37	59	54	55	71	48	61	83	56	97	54	50	53	55	62	60
9. Geistig schwach	29	35	12	12	6	7	6	1	7	2	6	2	2	2	1	1

Erstuntersuchungen.

schulen.

Gewicht						Konstitution					
Mittleres kg		Maximum kg		Minimum kg		gut		mittel		schlecht	
Kn.	M.	Kn	M.	Kn.	M.	Kn.	M.	Kn.	M.	Kn.	M.
22,2	22,1	29	30,5	16	17	7	13	42	32	—	—
20,5	19,5	30,5	28	14,5	15	31	25	15	14	1	—
22	23	26,8	31	17,6	18	23	32	18	14	—	—
20,67	20,53	26,5	27,5	14,8	15	41	30	45	43	—	2
22	20,9	30,9	24,1	19	17	16	10	26	23	—	—
—	20	—	24	—	15	—	12	—	19	—	—
—	21	—	26	—	16	—	32	—	36	—	—
21,9	21,2	27,1	27	16,7	15,5	61	21	43	20	—	—
	19,25	—	29,5	—	14,5	—	41	—	38	—	3
21,4	22,8	26,5	27,3	16,4	17	32	20	60	50	1	4
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
24,5	24	32,5	30,75	17,5	17,5	15	26	68	48	13	5
21,9	22,21	32,5	31	14,5	14,5	226 40,5%	262 42,74%	317 56,8%	337 54,98%	15 2,7%	14 2,28%
						41,62%		55,89%		2,49%	

b. Bürger-

Schule	Zahl der Unter-suchten		Haus-ärztliche Atteste		Grosse					
					Mittlere cm		Maximum cm		Minimum cm	
	Kn.	M.	Kn.	M.	Kn.	M.	Kn.	M.	Kn.	M.
Allerheiligenschule	50	—	—	—	110,7	—	126	—	94	—
Annaschule	—	82	—	—	—	106	—	122	—	99
Battonnschule	108	—	—	—	110,4	—	126	—	96	—
Bonifaziusschule	56	57	—	—	112	113	124	129	100	98
Brentanoschule	50	56	—	—	113,6	110,5	128	120	97	95
Comeniusschule	—	115	—	—	—	113	—	127	—	99
Dahlmannschule	110	118	—	—	117	114	124	123	100	90
Domschule	51	—	—	—	113	—	128	—	102	—
Dreikönigsschule	—	54	—	—	—	116,5	—	132	—	100
Franckeschule	110	—	—	—	114	—	124	—	97	—
Frankensteinerschule	60	48	—	—	116	115	137	132	101	96
Frauenhofschule	57	59	—	—	113	111,5	131,5	124	98	100
Fröbelschule	57	60	—	—	113	111,5	125	119	102	102
Gellertschule	94	—	—	—	113,5	—	126	—	100	—
Glauburgschule	69	65	—	—	118,25	114,5	123	126	100	98
Gruneliusschule	19	85	—	—	114	111	125	122	100	104
Günderrodeschule	60	59	—	—	118,5	109	123	125	104	93
Günthersburgschule	112	—	—	—	113	—	125	—	94	—
Gutleutschule	52	58	—	—	113,7	111,9	127	132	104	99
Hellerhofschule	75	94	—	—	112	116	127	127	97	105
Karmeliterschule	54	46	—	1	112	114,5	121	124	97	106
Katharinenschule	—	54	—	—	—	116	—	124	—	98
Kaufungerschule	99	—	—	—	112,6	—	128	—	100	—
Kirchnerschule	57	62	—	—	116	113.4	130	123	103	106
Kurfürstenschule	—	146	—	—	—	112	—	124	—	95
Lersnerschule	54	94	—	—	112	111,6	123	127	94	99
Liebfrauenschule	—	132	—	—	—	112	—	125,5	—	98,5
Merianschule	104	51	—	—	114	108	127	125	104	97
Muhlbergschule	39	14	—	—	112,5	111,5	122	119	103	104
Niederrader evgl. Schule	52	55	—	—	114	112	127	122	103	97
Niederräder kath. Schule	49	48	—	—	113	114	122	127	107	103
Oberräder evgl. Knabensch.	54	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Oberräder kath. Schule	21	31	—	—	110	111	118	123	102	100
Pestalozzischule	100	48	—	—	109	110	124	124	103	94
Rebstöckerschule	59	52	—	—	115,5	113	125	124	106	102
Rosenbergerschule	—	51	—	—	—	112,6	—	120	—	96
Rudolfschule	60	54	—	—	115,5	115,5	126	126	105	105
Schwanthalerschule	46	52	—	—	118,7	115,5	134,5	128	103	103
Schwarzburgschule	53	55	—	—	115,5	114,5	124	138	95	102
Seckbacher Schule	22	15	5	3	114.7	115,5	124	120	108	104
Sophienschule	—	107	—	—	—	112	—	125	—	100
Uhlandschule	46	50	—	1	116,5	112	134	124	105	97
Varrentrappschule	60	53	—	—	114	112	129,5	128	102	100
Wallschule	—	100	—	—	—	114	—	125,5	—	102,5
Weissfrauenschule	55	—	—	—	113,89	—	126	—	97	—
Willemerschule	54	62	—	—	113	113	124	125	102	101
Holzhausenschule	39	35	—	—	112	111	123	123	96	98
Wiesenhüttenschule	32	19	—	—	110	111	122	124	101	97
	2399	2496	5	5	113,57	112,5	137	138	94	90
	4895		10							

schulen

Gewicht						Konstitution					
Mittleres kg		Maximum kg		Minimum kg		gut		mittel		schlecht	
Kn.	M.	Kn.	M	Kn.	M.	Kn.	M.	Kn.	M.	Kn.	M.
20,2	—	26	—	13,5	—	17	—	29	—	4	—
—	20	—	25,2	—	14,9	—	44	—	34	—	4
19,6	—	27	—	15	—	10	—	87	—	11	—
21	20,98	26	26,8	16	15,1	14	17	39	37	3	3
20	18	23	25	16	16	26	18	24	38	—	—
—	19,6	—	26,5	—	14,4	—	10	—	100	—	5
21,5	20,5	26	25,2	14,5	13,5	95	96	14	19	1	3
20	—	26	—	16	—	29	—	22	—	—	—
—	22	—	28	—	16,9	—	22	—	30	—	2
20,4	—	25	—	15	—	68	—	32	—	10	-
22,5	22	27,5	32	15,5	16	32	21	28	25	—	2
20,79	20,32	27,7	28,8	16	15,7	38	32	18	24	1	3
20	19.1	24,5	21,5	16,5	16,5	28	31	24	26	5	3
20,8	—	26,3	—	17	—	50	—	38	—	6	—
19,8	20,2	25	27,8	16,2	16	9	15	60	49	—	1
19,7	20	25	24	15	15	10	45	9	40	—	—
20,25	20,25	24,5	25,5	16	15	28	23	32	30	—	6
20,3	—	28	—	12	—	16	—	94	—	2	—
20,6	19,5	29,8	25,7	15,8	14,5	30	30	21	28	1	—
21,5	21,9	27,5	28,5	15,5	15,4	20	39	51	52	4	3
19	19,3	23	29,5	13,5	13,5	23	25	29	22	2	—
—	20,8	—	27,5	—	16,6	—	14	—	36	—	1
21	—	25,6	—	16,25	—	29	—	69	—	1	-
20,98	18,68	29	23,5	17	14,5	11	19	46	42	—	1
—	19	—	26	—	14	—	33	—	112	—	1
20,5	20	24	26	15	15	10	11	39	82	5	1
—	21,15	—	26,8	—	15,5	—	58	—	70	—	4
22	20	29	26	16	16	15	13	81	31	8	7
20	20,2	24,5	24,5	15,5	16	23	7	16	7	—	—
21,6	20,3	27	29,5	16,3	15,2	36	42	16	13	—	-
20,5	20,5	26	25,5	18,5	16	42	36	7	11	—	1
—	—	—	—	—	—	29	—	25	—	—	—
19	18,9	23,5	23	16	16	11	12	10	19	—	—
19,2	23,5	25,5	25,9	16,7	16,5	63	27	35	18	5	3
21,25	20,7	26	25,5	16,5	16	19	17	40	35	—	—
—	19,7	—	26	—	15	—	25	—	26	—	—
21,7	20,7	26,8	25	16,75	16,5	15	12	45	42	—	—
24,3	21,4	31,5	28	17,2	14,8	28	28	18	23	—	1
20,9	19,5	24,5	26,6	16,7	15,5	10	9	34	37	9	9
21	20,2	25	22,5	16	17	5	—	21	18	1	—
—	20,3	—	25	—	14	—	67	—	33	—	7
21,75	19,5	26,75	25,5	17	15,75	31	19	11	29	1	3
21,5	20,5	29	29,5	14,7	16	39	32	21	19	—	2
—	20,96	—	26,2	—	16	—	36	—	60	—	4
20,7	—	25,5	—	15,5	—	28	—	26	—	1	—
20	19,6	25	24	15	15,2	10	17	38	41	6	4
19,7	19,3	24	22,6	15,2	16,5	11	6	22	25	6	4
19,8	20,7	27.7	29	15,7	15	5	1	22	15	5	3
20,67	20,27	31,5	32	12	13,5	1013	1009	1293	1398	98	94
						42,14%	40,36%	53,76%	55,89%	4,10%	3,75%
						41.25%		54,83%		3,925%	

Uebersicht der Kranken nach den Bezirken.

Armenbezirk *)	Armenarzt	Zusammen	Geschlecht		Alter						
			M.	W.	0 bis 1	1 bis 5	5 bis 15	15 bis 20	20 bis 40	40 bis 60	über 60
1 a	Dr. Gause	433	159	274	48	90	76	5	90	81	43
1 b	„ Baldes	153	78	75	6	23	29	2	44	36	13
2 a	„ Baldes	301	153	148	17	36	41	8	93	70	36
2 b	„ Weyrauch	295	125	170	36	30	48	6	71	66	38
3 a	„ Hainebach	326	154	172	43	35	51	1	89	87	20
3 b	„ Weydt	254	102	152	27	33	32	2	66	62	35
4	„ Marx	154	40	114	1	14	32	1	26	44	36
6	„ Weydt	165	77	88	11	13	16	4	35	41	45
7 a	„ Katzenstein	145	64	81	18	17	27	2	44	23	14
7 b	„ Hainebach	176	78	98	23	24	17	6	56	28	22
8	„ Küppers	152	65	87	11	22	15	4	35	38	27
9	„ Simrock	81	35	46	2	1	3	3	34	28	10
10/11	„ Marx	72	20	52	—	—	6	1	29	14	22
12	„ Gross	119	30	89	4	18	11	4	33	21	28
13	„ Gotthold	35	8	27	3	5	3	1	9	8	6
14	„ Küppers	94	41	53	1	14	17	—	26	23	13
15	„ Simrock	161	71	90	7	9	21	6	62	33	23
16 a	„ Weber	149	58	91	7	19	10	5	32	34	14
16 b	„ Weber	147	46	101	6	23	12	2	38	33	12
21 a	„ Gross	114	44	70	2	18	9	3	15	28	39
21 b	„ Hauschild	188	72	116	11	25	38	1	50	39	24
22 a	„ Hauschild	90	31	59	6	13	9	1	20	28	13
22 b	„ Hauschild	123	41	82	5	8	18	—	26	45	21
22 c	„ Gotthold	44	12	32	—	6	12	1	7	11	7
22 d	„ Thiergardt	180	50	130	12	17	33	6	35	47	30
23 a	„ Streitke	76	31	45	5	5	9	1	25	23	8
23 b	„ Streitke	94	32	62	2	4	6	1	31	37	13
23 c	„ Streitke	59	23	36	6	7	1	—	17	15	13
24	„ Koempel	191	61	130	23	28	37	2	38	35	28
25	„ Katzenstein	170	62	108	15	16	19	4	43	50	23
27 a	„ Thiergardt	288	99	189	45	51	41	—	55	56	40
27 b	„ Thiergardt	208	77	131	36	34	27	—	46	26	39
28	„ Weilhammer	195	82	113	19	44	38	2	42	31	19
30	„ Tassius	116	45	71	5	14	25	1	37	23	11
31 a	„ Heimann	77	24	53	10	19	14	—	12	9	13
31 b	„ Heimann	89	33	56	6	13	13	2	16	23	16
32 a	„ Tassius	65	19	46	1	6	10	—	13	19	16
32 b	„ Tassius	34	15	19	4	6	7	—	4	8	5
33	„ Seekbach	134	45	89	17	16	32	4	14	27	24
34	„ Lowenthal	86	38	48	6	12	23	2	12	17	14
35 a	„ Debold	114	39	75	15	15	17	1	28	18	20
35 b	„ Lowenthal	156	71	85	14	33	43	1	21	23	21
36	„ Debold	252	107	145	30	53	41	4	42	50	32
37	„ Gottfried	152	77	75	20	31	24	—	29	22	26
38	„ Einsiedel	110	39	71	5	24	25	3	15	16	22
39	„ Weilhammer	23	8	15	—	1	2	2	5	6	7
		6840	2681	4159	591	945	1040	105	1610	1502	998

*) Siehe Planskizze Seite 235.

nach Geschlecht, Alter, Zugang und Ausgang.

Zugang		Ausgang							Ohne nähere Angaben
von 1907	neu	ge-heilt	unge-heilt	ver-zogen	in ein Hospital	ge-storben	nicht be-hand.	ver-blei-ben	
8	425	166	128	1	112	11	—	15	—
—	153	71	22	—	45	4	11	—	—
—	301	154	19	—	112	2	14	—	—
34	261	167	14	3	66	2	12	31	—
5	321	56	48	2	168	8	34	10	—
8	246	76	27	12	70	4	59	6	—
35	119	55	1	10	30	—	4	54	—
11	154	28	23	7	44	4	53	6	—
34	111	64	1	7	44	4	1	24	—
3	173	33	20	2	93	4	19	5	—
—	152	56	10	2	59	6	17	2	—
5	76	20	8	7	28	—	10	8	—
25	47	21	—	7	7	—	1	36	—
7	112	30	44	2	27	6	3	7	—
5	30	11	2	2	8	—	7	5	—
3	91	36	4	7	33	2	11	1	—
8	153	64	13	4	48	4	14	19	—
27	122	84	10	4	27	2	19	3	—
30	117	92	12	1	23	1	15	3	—
3	111	36	46	—	18	4	—	10	—
—	188	47	25	7	41	4	41	13	—
—	90	40	6	4	22	—	8	10	—
7	116	24	18	6	32	2	32	9	—
2	42	23	3	1	7	2	4	4	—
—	180	103	26	—	14	9	16	12	—
4	72	24	13	1	16	2	9	11	—
18	76	23	18	3	21	1	7	21	.
12	47	15	6	4	12	2	9	11	—
50	141	91	1	—	27	1	6	65	—
32	138	78	—	3	57	1	4	27	—
15	273	188	25	—	39	7	11	18	—
7	201	125	30	—	16	2	12	23	—
29	166	81	70	—	39	5	—	—	—
14	102	59	27	—	25	4	1	—	—
3	74	37	2	1	27	—	8	2	—
2	87	46	1	1	29	3	5	4	—
6	59	22	26	—	14	—	3	—	—
4	30	20	6	—	6	2	—	—	—
5	129	45	5	2	39	6	32	5	—
—	86	21	6	2	41	3	10	3	—
—	114	54	10	—	41	4	5	—	—
—	156	42	7	1	77	4	22	3	—
—	252	132	12	—	97	4	5	2	—
8	144	55	9	—	44	4	26	14	—
1	109	33	11	—	49	1	12	4	—
—	23	9	10	—	2	2	—	—	—
470	6370	2757	825	116	1901	143	592	506	—

Allgemeine Uebersicht der Tätigkeit der

Armendistrikt*)	Zahl der behandelten Kranken	Zahl der: Besuche im Hause des Kranken	Konsultat. im Hause des Arztes	Besuche und Konsultat. zusammen	Ausgaben für: Arzneien M.	Pf.	Bandagen, chirurg. Behandlung etc. M.	Pf.	Zusammen M.	Pf.	Ausgaben pro Kopf der Behandelten: für ärztliche Behandlung M.	Pf.	für Arzneien M.	Pf.	für Bandagen, chirurg. Behandlung etc. M.	Pf.	Zusammen M.	Pf.
1 a	433	338	2050	1051	1048	92	131	50	1180	42	2	31	2	42	—	30	5	[illegible]
1 b	153	213	476	372	455	47	140	90	596	37	2	20	2	98	—	92	6	[illegible]
2 a	301	444	706	679	323	02	153	38	476	40	2	20	1	07	—	59	3	[illegible]
2 b	295	414	878	707	444	25	157	90	602	15	3	40	1	51	—	54	5	[illegible]
3 a	326	318	328	427	153	75	119	40	273	15	1	99	—	47	—	36	2	[illegible]
3 b	254	288	466	443	325	78	106	70	432	48	2	39	1	28	—	42	4	[illegible]
4	154	168	945	483	249	04	90	65	339	69	4	87	1	62	—	59	7	[illegible]
6	165	115	295	213	156	62	117	40	274	02	2	39	—	95	—	71	4	[illegible]
7 a	145	272	502	439	157	63	95	85	253	48	3	11	1	09	—	66	4	[illegible]
7 b	176	258	221	332	120	57	115	—	235	57	1	90	—	69	—	65	3	[illegible]
8	152	218	322	325	145	05	118	40	263	45	4	07	—	95	—	[illegible]	5	[illegible]
9	81	88	301	188	277	09	105	90	382	99	4	13	3	42	1	31	8	[illegible]
10 11	72	103	316	208	130	19	60	75	190	94	4	87	1	81	—	84	7	[illegible]
12	119	571	404	706	171	98	128	15	300	13	4	29	1	45	1	08	6	[illegible]
13	35	31	170	88	67	98	83	66	151	64	5	92	1	94	2	39	10	[illegible]
14	94	120	239	200	111	23	103	15	214	38	4	07	1	18	1	10	6	[illegible]
15	161	326	365	448	427	80	107	90	535	70	4	18	2	66	—	67	7	[illegible]
16 a	149	13*)	31	23	109	84	132	80	242	64	3	38	—	74	—	82	4	[illegible]
16 b	147				109	84	126	40	236	24	3	38	—	74	—	86	4	[illegible]
21 a	114	509	408	645	88	77	105	90	194	67	4	29	—	78	—	93	6	—
21 b	188	485	460	638	794	73	110	75	905	48	3	22	4	23	—	59	8	[illegible]
22 a	90	186	392	317	298	46	127	60	426	06	5	92	3	32	1	42	10	[illegible]
22 b	123	480	219	553	512	69	107	90	620	59	3	22	4	17		88	8	[illegible]
22 c	44	85	151	135	139	31	113	40	252	71	5	92	3	17	2	58	11	[illegible]
22 d	180	176	367	298	705	82	109	75	815	57	1	48	3	92	—	61	6	[illegible]
23 a	76	154	503	322	385	92	107	90	493	82	4	37	5	08	1	42	10	[illegible]
23 b	94	268	630	478	384	03	114	40	498	43	4	37	4	09	1	22	9	[illegible]
23 c	59	183	343	297	298	47	114	70	413	17	4	37	5	06	1	94	11	[illegible]
24	191	972	893	1270	1169	54	125	40	1294	94	5	24	6	12	—	66	12	[illegible]
25	170	320	574	511	338	91	109	60	448	51	3	11	1	99	—	64	5	[illegible]
27 a	288	611	485	773	1212	18	149	24	1361	42	1	48	4	21	—	52	6	21
27 b	208	403	357	522	1213	40	115	20	1328	60	1	48	5	83	—	55	7	[illegible]
28	195	669	1639	1215	2090	34	220	90	2311	24	4	59	10	72	1	13	16	[illegible]
30	116	130	318	236	231	55	164	75	396	30	4	65	2	—	1	42	8	[illegible]
31 a	77	76	160	129	135	08	116	70	251	78	6	03	1	75	1	52	9	[illegible]
31 b	89	95	192	159	153	76	113	65	267	41	6	03	1	74	1	28	9	[illegible]
32 a	55	61	215	133	169	45	107	30	576	75	4	65	7	2	1	65	13	[illegible]
32 b	34	85	77	111	437	48	90	50	527	98	4	65	12	87	2	66	20	[illegible]
33	134	171	290	268	88	68	119	33	208	01	7	46	—	66	—	89	9	[illegible]
34	86	60	120	100	265	40	105	60	371	—	4	13	3	09	1	23	8	[illegible]
35 a	114	120	375	245	88	52	107	95	196	47	2	73	—	78	—	95	4	[illegible]

*) In den Armenbezirken 16 a und 16 b waren die Besuche und Konsultationen versehentlich nicht eingetragen.

Armenärzte im Rechnungsjahre 1908.

Armendistrikt*)	Zahl der behandelten Kranken	Zahl der: Besuche im Hause des Kranken	Zahl der: Konsultat. im Hause des Arztes	Zahl der: Besuche und Konsultat. zusammen	Ausgaben für: Arzneien M.	Pf.	Ausgaben für: Bandagen, chirurg. Behandlung etc. M.	Pf.	Ausgaben für: Zusammen M.	Pf.	Ausgaben pro Kopf der Behandelten: für ärztliche Behandlung M.	Pf.	für Arzneien M.	Pf.	für Bandagen, chirurg. Behandlung etc. M.	Pf.	Zusammen M.	Pf.
35 b	156	108	202	175	151	81	106	20	258	01	4	13	—	97	—	68	5	78
36	252	391	1126	766	172	61	153	90	326	51	2	73	—	68	—	61	4	02
37	152	790	302	891	263	34	113	40	376	74	6	58	1	73	—	75	9	06
38	110	236	65	258	79	62	154	50	234	12	6	82	—	72	1	40	8	94
39	23	129	200	196	75	83	33	20	109	03	4	59	3	30	1	44	9	33
Sa.	6840	12251	20078	18943	17231	75	5415	41	22647	16	3	47	2	52	—	79	6	78

Das **Armenamt** wurde im Berichtsjahre wegen der ungünstigen Konjunktur stark in Anspruch genommen, so dass eine Steigerung der Ausgaben um fast 600,000 Mark gegen das Vorjahr eintrat. Die Stiftungen, welche zu wohltätigen Zwecken Verwendung finden sollen, erhielten eine Vermehrung von 1,130,000 Mark.

Zum ersten Male wurde an der „Wilhelms Auguste Viktoria Stiftung für Säuglingsfürsorge" Stillprämien in der Höhe von wöchentlich 2 bis 3 Mark gewährt für 6 Monate nach der Entbindung, wobei Familien mit nur 1 Kind ausgeschlossen waren.

Ueber die Tätigkeit der Armenärzte geben die drei anliegenden Tabellen Auskunft.

Uebersicht der Kranken

nach

Krankheiten, Geschlecht, Alter, Zugang und Ausgang.

Eine Uebersicht über die in der offenen Armenpflege d. h. in Krankenanstalten behandelten Kranken während der letzten Jahre ergibt die folgende Tabelle:

Uebersicht der Kranken nach Krankheiten,

Ordn.-No.	Krankheiten	Zusammen	Geschlecht		Alter						
			M.	W.	0 bis 1	1 bis 5	5 bis 15	15 bis 20	20 bis 40	40 bis 60	über 60
1 a	Masern	150	79	71	22	87	41	—	—	—	—
1 b	Röteln	5	1	4	—	1	4	—	—	—	—
2 a	Scharlach	41	25	16	5	18	18	—	—	—	—
5	Windpocken	1	1	—	—	1	—	—	—	—	—
6	Rose	14	6	8	1	4	1	—	3	5	—
7	Diphtherie	41	16	25	2	11	25	1	1	—	1
8	Keuchhusten	114	60	54	27	65	18	—	—	2	—*)
9	Influenza	90	33	57	6	3	2	1	35	33	10
10	Sepsis	4	1	3	—	—	—	—	4	—	—
13	Typhus	3	2	1	—	1	1	—	1	—	—
14	Fleckfieber	2	—	2	—	1	1	—	—	—	—
19	Mumps	6	4	2	—	3	3	—	—	—	—
22	Ak. Gelenkrheumatism.	29	10	19	—	—	9	—	4	10	6
23 A	Syphilis	30	18	12	3	—	2	2	19	2	2
23 a	„ primäre	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
23 b	„ sekundäre	12	5	7	—	—	—	—	10	2	—
23 c	„ tertiäre	5	—	5	—	—	—	—	1	4	—
23 d	„ angeborene	8	4	4	6	—	2	—	—	—	—
23 B	Gonorrhoe	59	34	25	3	8	4	8	35	1	—
23 C	Weicher Schanker, Bubo	4	3	1	—	—	—	—	3	1	—
23 b	Nebenhodenentzündung	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
25 a	Lungentuberkulose	330	155	175	1	10	24	13	169	95	13*)
25 b	Kehlkopftuberkulose	2	2	—	—	—	—	—	1	1	—
25 c	Hauttuberkulose	5	1	4	—	2	1	—	1	1	—
25 d	Skrofulose	33	17	16	4	10	10	1	—	—	—
25 f	Knochentuberkulose	22	15	7	1	4	4	—	3	5	5
25 g	Hirnhautentzdg. tub.	2	—	2	1	1	—	—	—	—	—
25 i		14	5	9	1	3	3	2	4	1	—
25 m	Tuberkulose der männl. Geschlechtsorgane	1	1	—	—	—	—	—	1	—	—
25	Allgemeine Tuberkulose	1	—	1	—	—	1	—	—	—	—
26	Hundwut	1		1	—	—	—	—	1	—	—
30 a	[illegible] Würmer	3	2	1	—	—	2	—	—	1	—
30 b	Bandwurm	4	2	2	—	—	2	—	—	1	1
31 a	Scabies	79	46	33	3	22	20	5	18	7	3*)
31 b	Läuse	16	3	13	—	1	10	1	3	—	1
32	[illegible] Krankheiten	1	—	1	—	—	—	—	1	—	—
33	Strahlenpilzkrankheit.	—		—	—	—	—	—	—	—	—
34 a	Vergiftung d. org. Gifte	3	2	1	—	—	1	—	2	—	—
34 b	[illegible]	2	2	—	—	—	—	—	1	1	—
36 b	Trunksucht	14	12	2	—	—	—	—	8	5	1
36 c	Delirium tremens	3	3	—		—	—	—	1	1	1
37 a	Quetschungen	45	23	22	—	7	7	—	16	9	6
37 b	Knochenbrüche	25	17	8	—	3	5	—	4	10	2*)
37 c	[illegible]	15	10	5	—	—	2	1	6	3	3
37 d	[illegible]	4	1	3	—	1	1	—	1	—	1

Geschlecht, Alter, Zugang und Ausgang.

Zugang		Ausgang						
von 1907	neu	geheilt	ungeheilt	verzogen	in ein Hospital	gestorben	nicht behandelt	verblieben
—	150	109	—	3	36	2	—	—
—	5	5	—	—	—	—	—	—
1	40	6	—	—	30	1	2	2
—	1	1	—	—	—	—	—	—
—	14	9	—	—	5	—	—	—
—	41	12	—	—	28	—	—	1
2	112	61	5	—	42	2	3	1
8	82	63	—	—	22	—	3	2
—	4	—	—	—	2	—	1	1
—	3	1	—	—	2	—	—	—
—	2	1	—	—	1	—	—	—
—	6	5	—	—	1	—	—	—
3	26	14	4	—	10	—	—	1
2	28	2	2	1	23	—	—	2
—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	12	1	1	1	9	—	—	—
1	4	—	1	1	—	—	1	2
—	8	3	—	—	4	1	—	—
—	59	2	—	—	57	—	—	—
—	4	2	—	—	2	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—
23	307	16	54	15	139	25	50	31
—	2	—	—	—	2	—	—	—
5	—	—	—	—	4	—	—	1
1	32	12	6	—	8	2	1	4
4	18	3	2	—	10	—	1	6
—	2	—	—	—	1	1	—	—
—	14	1	5	1	5	1	—	1
—	1	1	—	—	—	—	—	—
—	1	—	1	—	—	—	—	—
—	1	—	—	—	1	—	—	—
—	3	3	—	—	—	—	—	—
1	3	4	—	—	—	—	—	—
—	79	14	—	—	65	—	—	—
—	16	3	1	—	12	—	—	—
—	1	—	—	—	1	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	3	2	—	—	—	—	—	1
—	2	—	—	—	1	—	1	—
—	14	—	5	—	4	—	3	2
1	2	—	—	—	3	—	—	—
—	45	37	—	—	5	—	3	—
1	24	11	2	—	6	—	6	—
—	15	10	—	—	3	—	2	—
—	4	1	—	—	3	—	—	—

Ordn.-No.	Krankheiten	Zusammen	Geschlecht		Alter						
			M.	W.	0 bis 1	1 bis 5	5 bis 15	15 bis 20	20 bis 40	40 bis 60	über 60
37 e	Verletzung durch Hieb und Stich	48	31	17	—	7	14	—	15	9	3
37 f	Brandwunden	23	10	13	1	5	6	—	4	5	2
37 g	Erfrieren	2	1	1	—	—	1	—	—	1	—
37 h	Gehirnerschütterung	3	2	1	—	—	3	—	—	—	—
37 k	Blitzschlag	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—
37 q	Fremdkörper	1	1	—	—	—	1	—	—	—	—
37 r	O. n. Angabe	32	25	7	—	1	13	—	12	4	2
37 t	Operation	1	1	—	—	—	—	—	1	—	—
38	Angeb. Lebensschwäche	2	1	1	2	—	—	—	—	—	—
39	Bildungsfehler	2	1	1	1	1	—		—	—	—
40	Zahnen	5	2	3	4	1	—	—	—	—	—
41	Rachitis	144	68	76	41	89	11	1	—	—	—[2]
42	Osteomalazia	16	1	15	1	1	—	—	11	3	—[3]
43	Atrophia infant.	22	13	9	21	1	—	—	—	—	—
44	Erschöpfung	48	17	31	11	7	4	—	11	9	6
45	Altersschwäche	155	41	114	—	—	—	—	—	6	14[illegible]
46 b	Brand. Durchliegen	—		—	—	—	—	—	—	—	—
46 d	Brand	4	3	1		—	—	—	3	1	—
48	Kretinismus	2	1	1	—	1	—	—	1	—	—
49	Zuckerkrankheit	14	10	4	—	—	—	—	—	12	2
51	Gicht	9	6	3	—	—	—	—	5	4	—
53	Fettsucht	6	1	5	—	—	—	—	2	2	2
56 A	Bösartige Neubildungen	53	14	39	—	—	—	—	3	30	20
56 B	Gutartige „	8	—	8	1	—	—	1	3	3	—
56 C	Sonstige Geschwülste	8	2	6	—	—	—	—	2	5	1
57 a	Eckzem	137	62	75	34	40	45	2	4	8	2[2]
57 b	Schuppenflechte	4	3	1	—	—	1	—	1	2	—
57 c	Nesselausschlag	7	6	1	1	3	2	—	—	1	—
57 d	Miliaria	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—
57 e	Pemphigus	9	4	5	3	2	3	1	—	—	—
57 f	Gürtelrose	1	—	1	—	—	1	—	—	—	—
57 g	Grind	2	1	1	2	—	—	—	—	—	—
57 h	Haarschwund	1	—	1	—	—	1	—	—	—	—
57 i	Sonstige Hautkrankh.	76	36	40	11	25	25	5	4	6	—
58	Furunculosis	28	15	13	5	3	7	—	9	3	—[4]
59 a	Abszess	43	20	23	3	12	6	2	11	5	4
59 b	Infekt. Fingergeschwür	3	2	1	—	—	—	1	1	1	—
59 c	Eingewachsener Nagel	1	1	—	—	—	—	—	1	—	—
61 a	Nabelentzündung	4	3	1	4	—	—	—	—	—	—
62	Ulcus cruris	116	19	97	—	—	4	—	27	55	28[5]
65	Muskelrheumatismus	358	143	215	—	—	7	—	62	172	1[6]
66	Muskelatrophie	5	4	1	—	—	2	—	1	2	—
67	Sehnenscheidenentzünd.	6	2	4	—	—	—	—	4	2	—
68 b	Knochenentzündung	25	15	10	1	4	5	—	6	4	5
70 a	Gelenkverletzung	2	2	—	—	—	—	—	1	1	—
70 b	Gelenkentzündung	20	6	14	—	4	5	—	6	1	4
71	Gelenkrheumatismus	77	19	58	—	—	—	—	11	37	29

Zugang		Ausgang						
von 1907	neu	geheilt	un-geheilt	verzogen	in ein Hospital	ge-storben	nicht be-handelt	ver-blieben
—	48	33	—	—	10	1	2	2
—	21	16	—	—	4	1	1	1
—	2	2	—	—	—	—	—	—
—	3	2	—	—	1	—	—	—
—	1	—	1	—	—	—	—	—
—	1	1	—	—	—	—	—	—
1	31	18	2	—	10	—	2	—
—	1	—	—	—	—	—	1	—
—	2	—	—	—	—	2	—	—
—	2	—	—	—	2	—	—	—
—	5	4	—	—	—	—	1	—
3	141	43	38	5	30	2	16	10
3	13	2	7	2	2	—	—	3
1	21	7	—	—	5	8	—	2
4	44	27	8	1	3	—	9	—
22	133	—	47	5	44	7	34	18
—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	4	—	—	—	4	—	—	—
—	2	1	—	—	1	—	—	—
2	12	1	2	2	7	—	—	2
—	9	—	2	—	6	—	—	1
—	6	2	3	—	—	—	1	—
4	49	—	7	1	32	5	—	8
—	8	1	2	—	4	—	1	—
3	5	—	—	—	5	—	1	2
4	133	58	2	—	70	—	5	2
—	4	—	1	—	3	—	—	—
—	7	7	—	—	—	—	—	—
—	1	1	—	—	—	—	—	—
—	9	2	—	—	7	—	—	—
—	1	1	—	—	—	—	—	—
—	2	1	—	—	1	—	—	—
—	1	—	—	—	1	—	—	—
—	76	34	—	—	39	—	1	2
—	28	17	—	—	11	—	—	—
2	41	24	1	—	16	—	1	1
—	3	3	—	—	—	—	—	—
—	1	—	—	—	1	—	—	—
—	4	2	—	—	1	—	—	1
18	98	46	13	6	27	—	8	16
34	324	160	60	2	68	1	35	32
—	5	—	1	—	1	—	3	—
1	5	5	—	—	—	—	1	—
1	24	5	4	—	10	—	3	3
—	2	—	—	—	—	—	2	—
—	20	7	3	—	6	—	3	1
15	62	13	20	2	11	—	3	28

Ordn.-No.	Krankheiten	Zusammen	Geschlecht M.	Geschlecht W.	Alter 0 bis 1	1 bis 5	5 bis 15	15 bis 20	20 bis 40	40 bis 60	über 60
72 b	Plattfuss	8	3	5	—	1	5	—	1	1	—
72 a	Verkrümmung der Wirbelsäule	14	6	8	—	3	2	—	6	3	—
73 a	Anämie	534	110	424	6	27	188	11	180	99	17[6])
73 e	Simphom	2	—	2	—	—	1	—	1	—	—
74 c	Blutfleckenkrankheit	1	—	1	—	—	1	—	—	—	—
76	Drüsenentzündung	40	18	22	4	13	17	1	4	1	—
78	Herzklappenentzündung	6	3	3	—	—	—	—	4	2	—
81 a	Herzfehler	116	36	80	1	—	9	5	44	41	15[2])
81 b	Angeb. Herzfehler	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
82 a	Herzmuskelentartung	70	23	47	—	—	—	—	5	27	38
82 b	Herzverfettung	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
84	Herzschwäche	18	3	15	—	—	2	—	3	8	5
85	Herzneurose	9	—	9	—	—	1	—	5	3	—
86	Herzleiden	35	13	22	—	—	1	—	8	14	11[1])
87 d	Arterienverkalkung	43	11	32	—	—	—	—	—	9	34
88 a	Venenkrankheit	67	21	46	6	7	3	—	17	24	9[1])
89	Hirnhautentzündung	6	4	2	—	4	1	1	—	—	—
92	Gehirnschlag	28	18	10	—	—	—	1	—	15	12
96 c	Dementia senilis	1	1	—	—	—	—	—	—	1	—
96 a	Einfache Seelenstörung	11	5	6	—	—	—	—	4	6	1
96 f	Geisteskrankh. o. n. A.	14	7	7	—	—	1	—	6	6	1
96 b	Gehirnerweichung	4	3	1	—	—	—	—	—	3	1
96 e	Idiotie	9	3	6	—	2	5	—	1	1	—
97	Schüttellähmung	7	2	5	—	—	—	—	1	1	5
98	Entzdg. d. Rückenmarks	3	2	1	—	—	—	—	1	1	1
100	Rückenmarkschwinds.	23	20	3	—	—	—	—	7	12	3[2])
101	Rückenmarklähmung	9	4	5	—	2	—	—	3	2	2
104	Rückenmarksklerose	5	3	2	—	—	—	—	2	2	1
105	Neuritis	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
106	Neuralgie	77	21	56	—	—	2	1	26	28	19[2])
107	Nervenlähmung	8	7	1	—	—	2	—	3	2	1
108	Raymandsche krankh	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
109	Migräne	7	—	7	—	—	1	—	4	2	—
110	Fallsucht	54	32	22	10	5	14	2	14	7	2
111 a	Neurasthenie	53	22	31	—	—	—	1	20	28	2[3])
111 b	Hysterie	16	2	14	—	—	—	—	11	5	—
111 c		3	3	—	—	—	—	—	1	2	—
111 e	Nervenkrankh. o. A.	106	28	78	—	2	1	1	43	57	2
112	Basedowsche krankh.	4	1	3	1	—	—	—	3	—	—
113 a	Erkrank. des auss. Ohres	3	2	1	1	1	—	—	—	1	—
113 b	„ „ mittl. „	32	18	14	8	10	11	—	3	—	—
113 c	„ „ inn. „	1	—	1	—	—	—	—	1	—	—
113 d	Schwerhörigkeit	3	1	2	—	—	—	—	1	1	1
113 e	Ohrenleiden o. n. A.	15	4	11	1	8	3	1	1	1	—
114 a	Erkrankung d. Augenl.	1	—	1	—	—	—	—	—	—	1
114 b	Ektropion	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—
114 c	Erkrankg. d. Bindeh.	20	8	12	1	7	6	—	2	4	—

Zugang		Ausgang						
von 1907	neu	geheilt	un-geheilt	verzogen	in ein Hospital	ge-storben	nicht be-handelt	ver-blieben
—	8	—	2	—	3	—	2	1
—	14	3	3	—	4	—	3	1
49	485	298	94	13	18	—	47	64
—	2	—	—	—	2	—	—	—
—	1	—	—	—	1	—	—	—
3	37	19	1	—	18	—	—	2
1	5	—	2	—	3	1	—	—
15	101	11	31	4	38	7	9	16
—	—	—	—	—	—	—	—	—
11	59	3	22	1	21	8	4	11
—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	18	7	5	—	3	1	—	2
—	9	6	1	—	—	—	2	—
4	31	8	13	—	9	—	2	3
2	41	4	10	—	5	1	11	12
2	65	34	12	—	9	1	8	3
—	6	—	—	—	5	—	1	—
2	26	4	4	—	12	3	2	3
—	1	—	1	—	—	—	—	—
—	11	1	1	—	5	1	2	1
2	12	—	—	—	9	—	3	2
	4	—	—	—	4	—	—	—
1	8	1	3	—	4	—	1	—
1	6	—	1	—	1	3	1	1
—	3	—	—	—	3	—	—	—
6	17	1	5	2	7	1	2	5
1	8	—	4	—	2	—	1	2
—	5	—	1	—	1	—	1	2
—	—	—	—	—	—	—	—	—
10	67	42	4	3	17	—	2	9
2	6	2	—	—	4	—	1	1
—	—	—	—	—	—	—	—	—
2	5	5	—	—	—	—	1	1
8	46	11	5	—	21	5	6	6
8	45	15	20	4	6	—	3	5
5	11	5	6	—	2	—	1	2
—	3	1	—	1	1	—	—	—
7	99	29	38	7	14	—	9	9
—	4	—	2	—	1	—	—	1
1	2	1	—	—	2	—	—	—
1	31	14	1	—	17	—	—	—
—	1	1	—	—	—	—	—	—
1	2	—	1	—	—	—	2	—
—	15	7	1	—	7		—	—
—	1	—	—	—	1	—	—	—
—	1	—	—	—	—	—	1	—
—	20	7	—	—	10	—	1	2

Ordn. No.	Krankheiten	Zusammen	Geschlecht		Alter						
			M.	W.	0 bis 1	1 bis 5	5 bis 15	15 bis 20	20 bis 40	40 bis 60	über 60
114 c	Gran. Bindehautentzdg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
114 d	Erkrankung d. Lederh.	28	13	15	—	8	12	2	2	3	1
114 e	„ „ Regbh.	3	1	2	1	—	—	—	2	—	—
114 f	„ „ Linse	16	7	9	—	—	3	1	—	7	5
114 i	Gr. Star	2	—	2	—	—	—	—	—	—	2
114 l	Amaurosis	2	1	1	—	—	—	—	—	2	—
114 m	kurz- u. Weitsichtigk.	19	5	14	—	—	3	—	1	8	7
114 n	Lähmung der Lieder	3	2	1	—	—	3	—	—	—	—
114 o	Erkrankg. d. Tränenorg.	1	—	1	—	—	—	—	1	—	—
114 p	Sonstige Augenleiden	18	5	13	1	4	2	—	4	3	4
115 a	Nasenkatarrh	1	1	—	—	1	—	—	—	—	—
115 d	Nasenbluten	3	2	1	—	—	3	—	—	—	—
115 e	Erkrankung d. Nasenh.	3	1	2	—	—	3	—	—	—	—
116	Kehlkopfentzündung	6	4	2	—	1	2	1	2	—	—
117 b	Stimmritzenkrampf	1	—	1	1	—	—	—	—	—	—
119	Luftröhrenkatarrh	36	16	20	6	9	4	—	3	7	7
120	Bronchitis	120	52	68	20	35	10	2	18	21	14
121 a	Chr. Bronchitis	72	30	42	—	—	—	—	5	28	37[1]
121	Bronchialkatarrh o. n. A.	387	160	227	68	109	40	3	48	57	62
122 b	Bronchopneumonie	39	23	16	21	8	6	—	2	1	1
122 a	Lobäre Lungenentzündg.	5	4	1	—	1	2	—	—	1	1
122 d	Lungenentzündung o. A.	66	33	33	14	23	9	—	9	3	8
124	Lungenkatarrh	190	82	108	7	7	21	5	86	46	16[2]
125	Bluthusten	11	5	6	—	—	1	—	6	3	1
126	Asthma	123	51	72	—	—	3	—	8	52	60
128	Lungenlähmung	2	2	—	—	—	—	—	—	2	—
129	Brustfellentzündung	23	10	13	1	1	2	1	12	6	—
130 a	Mundkrankheiten	13	8	5	6	4	3	—	—	—	—
130 b	Zahnkrankheiten	17	8	9	—	2	8	—	4	1	1[3]
130 c	Erkrankung der Zunge	2	—	2	2	—	—	—	—	—	—
131	Halsentzündung	166	72	94	3	35	93	1	22	9	3
132	Erkrank. d. Speicheldr.	4	1	3	—	—	4	—	—	—	—
133	„ „ Speiseröhre	1	—	1	—	—	—	—	—	—	1
134 a	Magenkatarrh	188	69	119	47	23	32	1	26	32	25[4]
134 b	Magenkrampf	2	—	2	—	—	—	—	—	—	2
134 c	Magengeschwür	11	2	9	1	—	—	—	4	6	—
134 g	Magenerweiterung	2	—	2	—	—	—	—	1	1	—
135 a	Darmkatarrh	273	104	169	85	50	36	1	31	34	34[5]
135 d	Darmverstopfung	15	2	13	—	1	2	—	2	5	5
135 e	Diarrhoe, einschl. Brechdurchfall	17	7	10	10	9	1	—	4	—	—
135 f	Darmgeschwür	2	1	1	—	1	—	—	—	1	—
137	Blinddarmentzündung	27	13	14	—	2	9	1	8	3	4
138	Ileus	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
140 a	Mastdarmentzündung	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
140 b	Mastdarmvorfall	6	4	2	—	3	—	—	1	2	—
140 c	Mastdarmfistel	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
141	Darmfistel	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Zugang		Ausgang						
von 1907	neu	geheilt	ungeheilt	verzogen	in ein Hospital	gestorben	nicht behandelt	verblieben
—	—	—	—	—	—	—	—	—
2	26	6	—	1	18	—	2	1
—	3	—	—	—	3	—	—	—
3	13	1	3	—	8	—	3	1
—	2	1	—	—	—	—	1	—
—	2	—	1	—	—	—	1	—
—	19	5	6	—	—	1	7	—
—	3	1	—	—	2	—	—	—
—	1	—	—	—	1	—	—	—
—	18	5	—	2	7	—	3	1
—	1	1	—	—	—	—	—	—
—	3	2	—	—	—	—	—	1
—	3	—	—	—	3	—	—	—
—	6	1	—	—	4	—	1	—
—	1	1	—	—	—	—	—	—
—	36	23	1	—	9	—	1	2
4	116	86	—	—	20	1	4	9
7	65	22	11	1	14	2	4	18
20	367	278	15	2	53	6	17	16
—	39	15	—	—	19	4	—	1
—	5	—	1	—	4	—	—	—
4	62	24	—	—	32	6	—	4
19	171	44	39	4	56	4	22	21
—	11	2	1	1	7	—	—	—
17	106	29	35	3	21	3	10	22
—	2	—	—	—	2	—	—	—
1	22	7	2	—	12	—	2	—
—	13	11	—	—	2	—	—	—
—	17	15	—	—	1	—	1	—
—	2	2	—	—	—	—	—	—
1	165	140	—	—	18	—	4	4
—	4	4	—	—	—	—	—	—
—	1	—	—	—	1	—	—	—
8	180	125	11	2	34	5	2	9
—	2	2	—	—	—	—	—	—
—	11	5	1	—	4	—	1	—
—	2	—	1	1	—	—	—	—
32	241	168	9	5	75	6	3	7
—	15	13	—	—	1	—	—	1
—	17	10	—	—	6	1	—	—
1	1	1	1	—	—	—	—	—
4	23	8	—	—	16	1	—	2
—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—
1	5	1	—	1	4	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—

Ordn.-No	Krankheiten	Zusammen	Geschlecht		Alter						
			M.	W.	0 bis 1	1 bis 5	5 bis 15	15 bis 20	20 bis 40	40 bis 60	über 60
142	Bruche	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
142a	„ eingeklemmte	8	5	3	—	—	1	—	1	6	—
142b	„ nichteingekl.	6	1	5	—	—	—	—	2	—	4
142c	„ o. n. A.	69	36	33	10	10	8	1	9	17	14
143	Bauchfellentzündung	5	1	4	—	1	1	—	3	—	—
144	Leberatrophie	6	2	4	—	—	—	—	3	2	1
145a	Gelbsucht	9	5	4	2	—	1	—	2	2	2
146	Leberleiden	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
147	Gallensteine	20	—	20	—	—	—	1	9	6	4
149	Nierenentzündung	29	15	14	—	1	1	—	12	12	3
150	Nierenbeckenentzündg.	1	—	1	—	—	—	—	1	—	—
151	Nierensteine	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—
152	Wanderniere	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
154	Entzündung d. Harnorgane	35	18	17	—	2	2	2	6	8	15
155	Eicheltripper	3	2	1	1	1	1	—	—	—	—
158	Hodenentzündung	4	4	—	—	—	—	—	4	—	—
159	Wasserbruch	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—
160	Nebenhodenentzündung	1	1	—	—	—	—	—	1	—	—
161	Erkrankung d. Prostata	1	—	1	—	—	—	—	—	—	1
162	Erkrankung d. Scheide	23	—	23	—	10	9	—	3	1	—
162d	Scheidevorfall	9	—	9	—	—	—	—	4	3	2
163	Menstruationsbeschw.	19	—	19	—	—	2	—	7	9	—[1]
164	Wechseljahrebeschwerd.	4	—	4	—	—	—	—	—	4	—
165	Gebärmutterleiden	28	—	28	—	—	—	1	15	9	3
166	Gebärmutterblutung	24	—	24	—	—	—	1	16	7	—
167	Gebärmutterlageveränderung	17	—	17	—	—	—	—	7	8	2
168	Eierstockentzündung	2	—	2	—	—	—	—	2	—	—
170	Schwangerschaft	44	—	44	—	—	—	2	40	2	—
171	Blutungen in der Schwangerschaft	19	—	19	—	—	—	—	16	2	—[2]
172	Folgen der Entbindung	40	—	40	—	—	—	—	39	1	—
173	Frühgeburt	1	—	1					1	—	—
174	Abortus	15	—	15	—	—	—	—	14	1	—
175	Erkrankung d. Brüste	4	—	4	—	—	—	—	4	—	—
176	Andere sowie nichtangegebene und unbekannte Krankheit	105	38	67	4	8	13	2	30	33	14[3]
	Nicht krank gewesen	96	48	48	8	14	8	3	32	7	20[4]
		6840	2681	4059	591	945	1040	105	1610	1502	99[illegible]

Zugang		Ausgang						
von 1907	neu	geheilt	ungeheilt	verzogen	in ein Hospital	gestorben	nicht behandelt	verblieben
—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	8	—	3	—	2	—	3	—
1	5	3	—	—	—	2	1	—
1	68	23	13	—	20	—	10	3
1	4	2	—	—	2	—	—	1
—	6	1	2	—	1	—	—	2
1	8	4	1	1	1	2	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—
3	17	9	5	1	2	—	1	2
3	26	—	3	1	19	1	—	5
—	1	1	—	—	—	—	—	—
—	1	—	—	—	—	—	—	1
—	—	—	—	—	—	—	—	—
3	32	12	3	1	15	—	2	2
—	3	2	—	—	1	—	—	—
—	4	—	—	—	4	—	—	—
—	1	—	—	—	1	—	—	—
—	1	—	—	—	1	—	—	—
—	1	—	—	—	1	—	—	—
—	23	6	—	—	16	—	1	—
1	8	—	2	1	4	—	2	—
—	19	16	—	—	2	—	1	—
—	4	3	1	—	—	—	—	—
2	26	8	4	—	12	—	3	1
1	23	18	1	—	5	—	—	—
1	16	3	2	2	7	—	2	1
—	2	—	—	—	2	—	—	—
—	44	14	10	1	8	—	11	—
1	18	4	—	1	5	—	8	1
2	38	24	6	—	4	—	6	—
—	1	—	—	—	—	—	1	—
1	14	7	—	—	7	—	1	—
—	4	4	—	—	—	—	—	—
6	99	33	24	1	22	4	14	7
—	96	—	—	—	—	—	96	—
470	6370	2757	825	116	1901	143	592	506

Mitteilungen des Kreisarztes Dr. E. Fromm.

I. Aerzte.

Zu Beginn des Jahres waren 413 Aerzte anwesend, von diesen starben 4 und 24 verzogen, während 53 dazukamen, sodass am Schluss des Jahres 438 Aerzte anwesend waren. Unter diesen befanden sich 8 Aerztinnen (4 als Assistentinnen) und 52 Assistenzärzte. Nach Abzug der 6 nicht praktizierenden verblieben 432 Aerzte, die Praxis ausüben, es kommen somit auf einen Arzt 777 Einwohner oder auf 1000 Einwohner 1,3 Aerzte.

II. Infektionskrankheiten.

	Cholera	Pocken	Flecktyphus	Unterleibstyph.	Masern	Scharlach	Diphtherie	Kindbettfieber	Genickstarre	Lungentuberkulose	Influenza	Keuchhusten
Krankheitsfälle . . .	—	—	—	53	—	975	940	22	7	—	—	—
Todesfälle .	—	—	—	3	57	21	60	8	4	626	56	115

Influenza.

Es kamen 56 Todesfälle gegenüber 42 im Jahre 1907 vor, sie verteilten sich auf das Alter und die Monate, wie nachstehende Tabelle ergibt. Bemerkenswert ist, dass die meisten Todesfälle in den ersten 4 Monaten des Jahres erfolgten und fast ausschliesslich Personen in höherem Alter betrafen: 41 der Gestorbenen waren über 50 Jahre alt.

Influenza.

Alter	Jan		Febr.		März		April		Mai		Juni		Juli		Aug.		Sept.		Okt.		Nov.		Dez		Summe	
	E.	T.	E.	T.	E.	T.	E.	T.	E.	T.	E.	T.	E.	T.	E.	T.	E.	T.	E.	T.	E.	T.	E.	T.	E.	T.
unter 1 Jahr	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1—5	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	2
6—15	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
16—20	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
21—30	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
üb. 30	—	7	—	23	—	10	—	7	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	1	—	1	—	1	—	52
	—	8	—	25	—	10	—	7	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	1	—	1	—	2	—	56

Typhus.

Die Zahl der gemeldeten Erkrankungen betrug 63, davon erwiesen sich 10 im weiteren Verlauf als andere Erkrankungen, wie Blinddarmentzündung, Miliartuberkulose usw. sodass 53 gegen 48 des Jahres 1907 verblieben. In jedem einzelnen Falle wurde die Diagnose durch die bakteriologische Untersuchung gesichert. Elf wurden als Paratyphus erkannt, sie zeichneten sich ausnahmslos durch einen leichten Verlauf aus. Bei einigen von ihnen liess sich annehmen, dass der Genuss von Wurst- oder Fleischwaren die Krankheit hervorgerufen hat, insbesondere gilt dies für 4 Arbeiter, die in einer Kantine am Osthafen von derselben Wurst gegessen hatten und die gleichzeitig erkrankten.

Von den 53 Erkrankten starben 3 = 6 Prozent, welche Zahl ungefähr der 6,9 Prozent vom Vorjahre gleichkommt.

In 15 Fällen liess sich die Ansteckung mit Sicherheit nach auswärts verlegen, namentlich waren es Sommerfrischler, die die Erkrankung mit hierher brachten. Aber auch die Milch musste man mehrfach als Ursache ansprechen. So erkrankte das Kind eines Milchhändlers und mit ihm 4 andere Personen, die von diesem die Milch bezogen hatten. Leider starb eine von diesen und zwar eine Ehefrau mit 7 Kindern, von denen das Jüngste noch in den ersten Tagen der Erkrankung gestillt wurde, ohne selbst zu erkranken. Bei einem anderen Milchhändler, der gleichfalls ein typhuskrankes Kind hatte, gelang es durch schnelles Eingreifen eine weitere Ausbreitung zu verhindern, sodass nur eine einzige Uebertragung erfolgte. Durch den Genuss von Mainwasser wurden 3 Erkrankungen (1 Schulkind und 2 holländische Schiffer) hervorgerufen. Bei der Pflege von Typhuskranken infizierten sich ein Krankenwärter und eine Pflegerin. In zwei Fällen war die Vermutung gerechtfertigt, dass ausländisches Obst die Krankheit eingeschleppt hatte. In den übrigen Fällen liess sich trotz hinreichenden Nachforschens die Ansteckungsquelle nicht nachweisen, es waren dies lauter vereinzelte Fälle, die untereinander in keiner nachweisbaren Beziehung standen.

Von den Erkrankten waren 27 Männer, 26 Frauen. Unter den weiblichen fällt die grosse Zahl der Dienstmädchen auf, die wahrscheinlich nach dem Genuss ungekochter Milch, der bei diesen Personen noch sehr üblich ist, erkrankten.

Nach dem Berufe teilen sich die Erkrankten in folgende Klassen.

Männer.		Frauen.	
Arbeiter	14	Dienstmädchen	9
Kaufleute	5	Kinder	9
Schiffer	2	Ehefrauen	7
Musiker	2	Pflegerinnen	1
Kinder	4		
Krankenwärter	1		

Ueber die Verteilung auf Monate und Lebensjahre gibt nachstehende Tabelle Aufschluss.

Alter	Jan.		Febr.		März		April		Mai		Juni		Juli		August		Sept.		Okt.		Nov.		Dez.		Summe	
	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben
unter 5 Jahren	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
5—10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	3	—	—	—	—	—	1	—	5	—
10—15	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	2	—	—	—	2	—	8	—
15—20	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	6	—
20—30	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	2	—	5	—	—	—	6	—	—	—	—	—	1	—	17	—
30—40	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	1	—	3	1	—	—	1	—	1	1	10	2
40—50	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	4	—
50—60	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—		—	—	—	—	—	2	1	—	—	—	—	—	—	3	1
über 60	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Summe	3	—	2	—	1	—	—	—	3	—	5	—	6	—	2	—	20	2	3	—	1	—	7	1	53	3

Diphtherie.

Zur Meldung kamen 940 Erkrankungen mit 60 Todesfällen. Die Verteilung auf die einzelnen Monate und das Alter lässt nachfolgende Tabelle erkennen. Im Kinderheim in der Böttgerstr. trat eine Epidemie von Nasendiphtherie auf, die sich nahezu 5 Monate lang hinzog, es erkrankten im ganzen 11 Kinder und 2 Pflegerinnen. Die Erkrankten wurden sofort abgesondert und sämtliche Insassen einer prophylaktischen Serumeinspritzung unterzogen. Die Anstalt wurde auf einige Zeit vollständig geschlossen.

Alter	Jan.		Feb.		März		April		Mai		Juni		Juli		Aug.		Sept.		Okt.		Nov.		Dez.		Summe	
	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben
Unter 1 Jahr	3	1	—	—	3	—	3	—	5	1	2	—	1	—	—	—	1	1	2	—	1	—	3	2	24	5
1—5	29	1	13	4	34	4	22	2	30	5	29	1	26	2	22	2	32	1	41	4	31	4	30	7	339	37
6—15	29	2	28	—	29	—	29	—	28	—	39	—	35	2	24	—	41	—	58	4	49	4	50	3	439	15
16—20	6	—	2	—	1	1	3	—	3	—	4	—	7	—	4	—	1	—	2	—	5	—	2	—	40	1
21—30	5	—	3	—	5	—	19	—	2	—	4	—	6	—	2	—	1	—	4	1	5	—	8	—	64	1
über 30	3	—	1	—	4	—	3		—	—	8	—	2	—	1	—	2	—	6	1	2	—	2	—	34	1
Summe	75	4	47	4	76	5	79	2	68	6	86	1	77	4	58	2	78	2	113	10	93	8	95	12	940	60

Scharlach.

Gemeldet wurden 975 Erkrankungen mit 21 Todesfällen. Die Verteilung auf die einzeinen Monate und das Alter lässt nachstehende Tabelle erkennen. In der Kinderherberge in der Schulstrasse sowie in der Löhergasse und in der Frauenvereinsschule trat vereinzelt Scharlach auf, wodurch zeitweilige Sperre erforderlich wurde.

Alter	Jan.		Feb.		März		April		Mai		Juni		Juli		Aug.		Sept.		Okt.		Nov.		Dez.		Summe	
	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben
Unter 1 Jahr	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	4	—
1–5	15	—	15	1	15	2	20	—	35	1	15	—	18	—	26	1	18	1	50	2	40	3	35	4	302	15
6–15	35	—	40	—	40	—	40	—	53	—	51	2	28	—	32	1	46	—	89	—	41	1	57	2	552	6
16–20	2	—	6	—	4	—	5	—	10	—	2	—	1	—	2	—	1	—	9	—	8	—	11	—	61	—
21–30	5	—	4	—	13	—	7	—	1	—	1	—	—	—	—	—	2	—	3	—	5	—	3	—	43	—
über 30	2	—	1	—	1	—	2	—	1	—	1	—	—	—	1		—	—	2	—	1	—	1	—	13	—
	59	—	66	1	73	2	74	—	99	1	71	2	48	—	62	2	67	1	153	2	96	4	107	6	975	21

Masern.

Da Masern nicht mehr anzeigepflichtig sind, kann über die Häufigkeit dieser Erkrankung eine Angabe nicht mehr gemacht werden, es wurde aber bekannt, dass sie sehr zahlreich auftraten. Es geht dies schon aus der grossen Menge von Todesfällen hervor. Von den 57 Gestorbenen war keines älter als 5 Jahre, 18 waren unter 1 Jahr, 39 zwischen 1—5 Jahren. In der dritten Vorschulklase der Adlerflychtschule häuften sich die Erkrankungen derart, dass nur 10 Kinder nicht erkrankt waren. Die Klasse wurde auf 8 Tage geschlossen und desinfiziert.

Kindbettfieber.

Gemeldet wurden 27 Fälle von denen sich fünf im weiteren Verlauf als andere Krankheiten erwiesen, es kommen somit 22 Erkrankungen auf 9170 Geburten = 0,24 Proz. und da drei Frauen gestorben sind, eine Sterblichkeit von etwa 0,032 Proz.

Was die einzelnen Fälle angeht, so handelte es sich in drei Fällen um verschleppte Fehlgeburten. In sechs Fällen wurden grössere Operationen wie Zange, Wendungen, Lösung der Nachgeburt, Bauchschnitt usw. vorgenommen. In drei anderen Fällen war nachweislich Gonorrhoe vorhanden. In vier Fällen trat das Fieber in der städt. Entbindungsanstalt auf, es waren dies meist Frauen, bei denen die Geburt bereits ausserhalb der Anstalt begonnen hatte. Von den 22 Fällen wurden ohne jegliche Hilfe vier entbunden, bei zehn war ein Arzt zugegen und bei acht eine Hebamme allein. Mit Sicherheit hat sich ein Verschulden einer Hebamme nicht nachweisen lasen, obwohl in zwei Fällen nicht auszuschliessen war, dass die Erkrankung durch zurückgebliebene Eihautreste entstanden war und die Hebamme nicht sorgfältig genug die Nachgeburt besichtigt hatte. In einem Falle war die Ansteckung dadurch entstanden, dass eine Schwägerin der Entbundenen die Pflege übernahm, trotzdem sie an einer fieberhaften Gesichtsrose litt. Bei den drei Verstorbenen handelte es sich im ersten Falle um einen verschleppten Abort, bei dem weder Arzt noch Hebamme Hilfe geleistet hatte, um einen weiteren Fall, bei dem ein totfaules Kind entbunden wurde und in dem Dritten schloss sich die Erkrankung an eine grosse Risswunde des Dammes, die bei einer hohen Zange entstanden war, an.

Tuberkulose.

An Tuberkulose der Lungen starben 626 Personen (338 m. und 238 w.), an Tuberkulose anderer Organe 88 (46 m. und 42 w.) an Miliartuberkulose 28, zumeist Kinder. In einer Anzahl von Fällen wurde der Kreisarzt beauftragt die Wohnungen der Erkrankten und Gestorbenen zu besichtigen und die Desinfektion anzuordnen. Dies geschah namentlich in solchen Fällen, wo es sich um Personen in Nahrungsmittel-, Zigarrengeschäften usw. handelte. Einige Male gelang es mit Hilfe des Vereins zur Abwehr der Schwindsuchtsgefahr für Erkrankte Heilstättenbehandlung oder wenigstens Unterstützung zu verschaffen. Desinfektionen beim Wohnungswechsel haben bisher nur wenig stattgefunden.

Uebertragbare Tierkrankheiten.

Es wurden 2 Fälle von Milzbrand beobachtet, die beide zur Heilung kamen. Der eine betraf einen Arbeiter einer grossen Lederfabrik, der sich beim Sortieren von spanischen Ziegenfellen angesteckt hatte, der andere eine Frau, die vermutlich von einem Insekt oberhalb des rechten Auges bei einem Spaziergange im Taunus gestochen worden war.

Ueber-
über die Zahl der in den Frankfurter Kranken-Anstalten ver-
Vom 1. Januar 1908 bis

1 Namen der Anstalt	2 Bettenzahl
Städt. Krankenhaus, innere Abt.	370
„ „ äussere „	264
„ „ Hautkr. „	354
„ Siechenhaus	246
„ Krankenhaus Bockenheim	31
Frankensteiner Hof	120
Heiliggeisthospital, innere Abt.	183
„ äussere „	84
Bürgerhospital innere Abt.	60
„ äussere „	60
Israelit. Gemeinde-Hospital	75
Dr. Christs Kinderhospital	80
Von Neufvillesche Stiftung	20
Georgine Sara v. Rothschildsche Stiftung	19
Mathilde von Rothschildsches Kinderhospital	12
Clementine Mädchenspital	39
Carolinum	10
Frankf. Verein v. roten Kreuz	60
Zweigverein des Vaterl. Frauen-Vereins	25
Diakonissen-Anstalt	56
Diakon.- u. Kranken-Heil-Anstalt des Bethanien-Vereins	70
Elisab.-Krankenhaus der barmh. Schwestern	71
Diakonissenheim Bockenheim	25
St. Marien-Krankenhaus	187
Gumbertzsches Siechenhaus	60
Versorgungshaus	155
Jägersches Kindersiechenhaus	43
Städt. Entbindungsanstalt	28
Dr. Christsche u. v. Mühlensche Entb.-Anstalt	13
Dr. Otto Neubürgers Entb.-Anstalt	8
„ Kallmorgens Frauenklinik	12
Städt. Irren-Anstalt	375
Dr. Mainzers orthopädisch-chirurg. Privatklinik	12
„ Rosenbaums Sanat. f. israel. Nerven- und Gemütsleidende	25
Frankfurter Augenheilanstalt	21
Dr. Carls Augenklinik	50
Privatklinik für Zuckerkranke	32
Genesungsstätte Hohenwald	32

sicht

pflegten Personen (Gesamtkrankenbewegung in den Hospitälern)
31. Dezember 1908.

3	4	5	6	7	8	9	10
Namen der leitenden Ärzte	Bestand am 1. 1. 08	Zugang	Summe	Geheilt	Gebessert oder ungeheilt	Gestorben	Bleiben in Behandlung am 31. 12. 08
Prof. Dr. Lüthje	263	5012	5275	2089	2335	517	334
„ „ Rehn	166	3010	3176	2410	419	140	207
„ „ Herxheimer	198	3014	3212	1469	1482	52	209
„ „ Aug. Knoblauch	194	329	523	9	166	117	231
San.-Rat Dr. Daube	18	286	304	229	42	14	19
Dr. Arth. Heimann	16	489	505	334	143	1	27
Prof. Dr. Treupel	127	1988	2115	1127	711	129	148
San.-Rat Dr. Harbordt † ab 1. Juli Dr. Amberger	36	959	995	548	340	39	68
Dr. Streng	41	480	521	119	268	88	46
„ Ebenau	23	397	420	239	109	44	28
„ Günzburg u. San.-R. Dr Hirschberg	64	798	862	588	170	40	64
Dr. F. Cuno	38	631	669	447	74	122	26
Dr. Beck u. Dr. Grossmann	21	272	293	183	54	41	15
San.-Rat Dr. Rosenbaum u. San.-Rat Dr. Gottschalk	15	232	247	188	33	10	16
San.-Rat Dr Rosenbaum u. San.-Rat Dr. Pinner	9	74	83	60	12	—	11
Geh. S.-R. Dr. J. de Bary u. Dr. A. de Bary	27	259	286	188	64	6	28
Dr. Oehler	3	110	113	105	—	3	5
San.-Rat Dr. E. Cohn	3	880	883	808	55	14	6
Freie Arztwahl	5	353	358	253	79	21	5
San.-Rat Dr. Roediger u. Dr. E. v. Meyer	35	583	618	501	47	37	33
Dr. Gottschalk u Dr Mehler	21	629	650	441	134	32	43
Dr. Rauch und Dr. Simon	1	920	991	532	353	36	70
„ Hanau	20	403	423	253	122	26	22
Dr. Hergenhahn	115	1927	2042	1413	340	111	178
Dr. Günzburg	46	17	63	—	6	7	50
San.-Rat Dr. Loretz	54	33	187	—	5	29	153
San.-Rat Dr. Roediger u. Dr. v. Meyer	41	65	106	24	22	18	42
Prof. Dr. Rehn	—	—	—	—	—	—	—
Geh. San.-Rat Dr. Vomel	19	839	858	831	5	4	18
Dr. Ponfik	3	325	328	320	1	1	6
Dr Otto Neubürger	7	216	223	218	—	—	5
„ Kallmorgen	2	120	122	101	18	—	3
Dir. Prof. Dr. Sioli	470	1190	1660	13	1096	104	447
Dr. Max Mainzer	4	51	55	44	8	2	1
San.-Rat Dr. Rosenbaum	19	20	39	4	13	4	18
San.-Rat Dr. Krüger, Dr. Schmaudigel u Dr. Solm	14	206	220	196	22	—	2
San.-Rat Dr. Cari u. Dr. Lindenmeyer	31	491	522	441	52	1	28
San.-Rat Dr. Lampe	5	149	154	44	97	2	11
Dr. Ed. Schenck	12	318	330	241	82	—	7
	2356	28075	30431	17010	8979	1812	2630

Ueber-

über die in den Frankfurter Kranken-Anstalten vom 1. Januar 1908 b

Namen der Krankheiten	Städt. Krankenhaus: Innere Abteilung (1)	†	Städt. Krankenhaus: äussere Abteilung (2)	†	Städt. Krankenhaus: Hautkranke Abteilung (3)	†	Städt. Siechenhaus (4)	†	Städt. Krankenhaus Bockenheim (5)	†	Frankensteiner Hof (Krankenstation) (6)	†	Heiliggeist-hospital: Innere Abteilung (7)	†	Heiliggeist-hospital: äussere Abteilung (8)	†	Bürger-hospital: Innere Abteilung (9)	†	Bürger-hospital: äussere Abteilung (10)	†	Israel. Gemeindehospital (11)	†	Dr. Christ's Kinderhospital (12)	†	Neufvillesche Stiftung (13)	†	[illegible] (14)	†
I. Infektionskrankheiten, Zoonosen u. Schmarotzkrh.																												
1. Masern	233	30	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7	—	2	—	1	—	—	—
2. Scharlach	277	13	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	34	—	4	—	—	—	6	—
4. Pocken	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
5. Windpocken	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
6. Rose	65	4	19	4	1	—	—	—	—	—	1	—	10	—	1	—	3	—	—	—	3	—	—	—	1	—	—	—
7. Diphtherie	226	26	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	24	2	43	5	1	—	—	
8. Keuchhusten	224	72	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	5	—	3	—	—	
9. Influenza	114	—	12	—	—	—	—	—	42	2	26	—	—	—	2	—	42	—	—	—	76	—	2	1	—	—	7	
10. Blutvergiftung	14	8	3	3	1	—	—	—	—	—	—	—	5	3	3	3	3	3	2	1	—	—	3	1	—	—	1	1
11. Kindbettfieber	3	1	15	6	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
12. Starrkrampf	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
13. Typhus	45	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	2	—	—	—
15. Rückfallfieber	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
16. Ruhr	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
17. b) Cholera nostr.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
19. Mumps	7	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—
20. Genickstarre	3	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—
21. Wechselfieber	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
22. Akuter Gelenkrheumatismus	167	1	7	—	31	—	2	—	24	—	10	—	136	—	1	—	26	—	—	—	14	—	8	—	7	—	1	—
23. Venerische Krankheiten:																												
A. Syphilis	18	—	4	—	523	29	—	—	1	—	—	—	6	1	3	—	—	—	—	—	1	—	7	6	5	—	—	—
B. Gonorrhoe	15	—	4	—	618	—	—	—	2	—	—	—	1	—	3	—	—	—	1	—	4	—	—	—	—	—	—	—
C. Weicher Schanker (Bubo)	—	—	7	—	115	—	—	—	3	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
D. Anderweitige venerische Krankheiten	2	—	—	—	183	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—
25. Tuberkulose: a)—c) der Atmungsorgane	714	132	—	—	5	—	98	36	30	6	24	—	191	40	3	3	84	25	—	—	74	11	7	2	2	—	3	1

icht

1. Dezember 1908 verpflegten Personen nach Krankheiten geordnet.

…sches Kinderhospital	Clementine Mädchen-spital		Carolinum		Armenklinik		Dr. Bockenheimersche Klinik		Frankf. Verein vom roten Kreuz		Zweigverein des Vaterländ. Frauenvereins		Diakonissen-Anstalt		Diakonissen- und Krankenheilanstalt des Bethanienvereins		Elisabethen-Krankenhaus der barmherzigen Schwestern		Diakonissenheim Bockenheim		St. Marienkrankenhaus		Gumpertzsches Siechenhaus		Versorgungshaus		Jägersches Kindersiechenhaus		Privatkl. für Zuckerkranke u. diätetische Kuren von Dr. Lampe		Dr. Mainzers orthop. chirurg. Privatklinik		Genesungsstätte Hohenwald	
5	16		17		18		19		20		21		22		23		24		25		26		27		28		29		30		31		32	
†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†
—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	3	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	49	—	—	—	19	—	1	—	30	—	—	—	2	2	1	—	—	—	—	—	—	—
—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	2	2	1	1	—	—	7	1	3	2	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	7	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	11	—	—	—	19	1	2	—	26	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
—	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	10	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	14	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	2	—	4	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	15	2	—	—	—	—	—	—	19	1	6	—	12	1	11	—	49	9	7	—	112	35	—	—	2	2	1	1	—	—	—	—	—	—

Noch Tab. II.

Namen der Krankheiten	Städt. Krankenhaus: Innere Abtheilung		Städt. Krankenhaus: Äussere Abtheilung		Städt. Krankenhaus: Hautkranke Abtheilung		Städt. Siechenhaus		Städt. Krankenhaus Bockenheim		Frankensteiner Hof (Krankenstation)		Heiliggeisthospital: Innere Abtheilung		Heiliggeisthospital: Äussere Abtheilung		Bürgerhospital: Innere Abtheilung		Bürgerhospital: Äussere Abtheilung		Israel. Gemeindehospital		Dr. Christ's Kinderhospital		Neufville'sche Stiftung		[illegible]	
	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		14	
		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		
d) u. e) der Haut- und Drüsen	3	—	66	—	50	—	—	—	—	—	—	—	1	—	12	1	—	—	23	—	6	—	3	—	11	1	4	—
f) der Knochen und Gelenke	2	—	135	8	—	—	21	9	—	—	—	—	5	—	21	2	1	—	21	-	3	—	25	3	15	—	5	—
g) u. h) des Hirns u. seiner Häute	4	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	2	—	—	6	4	6	6	—	
i)—o) d. übrigen Organe und allgemeine Tuberkulose	20	9	26	7	1	—	—	—	—	—	—	—	3	1	4	2	—	—	3	3	—	—	6	3	—	—	—	—
27. Milzbrand	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
30. Wurmkrankheiten	12	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
31. a) Krätze	2	—	—	—	531	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
b) Läuse	1	—	—	—	131	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
32. Fadenpilzkrankheiten	—	—	—	—	29	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
33. Aktinomykosis	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
II. Vergiftungen.																												
34. a) Organische Gifte	11	2	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	7	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—
b) Anorganische Gifte	14	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
c) Vergiftungen ohne nähere Angabe	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
35. Giftige Gase	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
36. Alkoholvergiftung	45	—	—	—	2	—	9	—	—	—	8	1	40	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
II. Äussere Einwirkungen.																												
37. a) u. c) Quetschungen, Verstauchungen und Zerreissungen	11	—	310	2	1	—	3	—	5	—	25	—	3	—	128	2	—	—	22	—	8	—	5	—	—	—	—	

...sches Kinderhospital	Clementine Mädchen-spital		Carolinum		Armenklinik		Dr. Bockenheimersche Klinik		Frankf. Verein vom roten Kreuz		Zweigverein des Vaterländ. Frauenvereins		Diakonissen-Anstalt		Diakonissen- und Krankenheilanstalt des Bethanienvereins		Elisabethen-Krankenhaus der barmherzigen Schwestern		Diakonissenheim Bockenheim		St. Marienkrankenhaus		Gumpertzsches Siechenhaus		Versorgungshaus		Jägersches Kindersiechenhaus		Privatkl. für Zuckerkranke u. diätetische Kuren von Dr. Lampe		Dr. Mainzers orthop. chirurg. Privatklinik		Genesungsstätte Hohenwald	
5	16		17		18		19		20		21		22		23		24		25		26		27		28		29		30		31		32	
†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†
—	12	—	14	—	—	—	—	—	—	—	7	—	11	—	—	—	1	—	—	—	3	—	1	—	2	—	1	—	—	—	—	—	5	—
—	37	1	15	—	—	—	—	—	5	—	12	—	16	1	10	—	12	—	5	—	40	1	7	—	3	1	11	—	—	—	4	1	—	—
—	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2	—	—	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	8	2	16	2	—	—	2	—	29	3	—	—	—	—	9	3	—	-	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	13	—	—	—	3	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	4	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	19	—	3	—	98	—	1	—	35	—	—	—	3	—	—	—	—	—	4	—	—	—

Namen der Krankheiten	Städt. Krankenhaus: innere Abteilung 1		Städt. Krankenhaus: äussere Abteilung 2		Städt. Krankenhaus: Hautkranke Abteilung 3		Städt. Siechenhaus 4		Städt. Krankenhaus Bockenheim 5		Frankensteiner Hof (Krankenstation) 6		Heiliggeist-hospital: innere Abteilung 7		Heiliggeist-hospital: äussere Abteilung 8		Bürger-hospital: innere Abteilung 9		Bürger-hospital: äussere Abteilung 10		Israel. Gemeindehospital 11		Dr. Christ's Kinderhospital 12		Neufville'sche Stiftung 13		[illegible] 14	
		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†
b) Knochenbrüche: α)—ε) des Rumpfes .	1	—	34	6	—	—	1	1	1	1	—	—	1	—	21	4	—	—	5	1	1	—	1	—	1	—	—	—
ς)—η) der Extremitäten .	2	—	142	3	—	—	3	—	1	—	3	—	—	—	55	1	—	—	21	—	8	—	16	—	12	—	2	—
d) Verrenkungen	3	—	22	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	4	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
e) Wunden . .	—	—	169	1	9	—	—	—	3	—	116	—	—	—	220	3	—	—	20	—	11	—	5	—	2	—	1	—
f) Verbrennung	—	—	54	3	1	—	—	—	1	—	2	—	—	—	36	1		—	10	2	2	—	9	2	3	·	6	—
g) Erfrieren . .	—	—	13	—	6	—	—	—	1	—	17	—	—	—	6	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	2	—
h) Gehirnerschütterung .	1	—	6	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	6	—	—	—	4	3	—	—	—	—	1	—		—
i) Hitzschlag, Sonnenstich .	—	—	—		—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
q) Fremdkörper	1	—	32	3	—	—	—	—	—	—	—	—		—	9	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	1	—
IV. Störungen d. Entwickelung und Ernährung.																												
38. Angeborene Lebensschwäche	2	2	7	7	3	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
39. Bildungsfehler, Missgeburt . .	—	—	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	2	5	—	—	—
40. Zahnen . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
41. Rachitis .	11	1	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	2	—	7	—	5	—	—	—
42. Osteomalacie	1	—	—	—	—	—	5	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
43. Atrophia infant.	29	16	1	1	8	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	11	10	9	—	—	—
44. Erschöpfung .	32	—	—	—	—	—	—	—	—	—	37	—	2	—	3	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
45. Altersschwäche	17	7	—	—	1	—	28	2	—	—	2		1	—	—	—	3	—	—	—	6	1	—	—	—	—	—	—
46. Gangraen . .	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
47. Myxoedem . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
48. Kretinismus .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
49. Diabetes mellit.	43	8	3	2	1	—	3	1	—	—	—	—	13	1	—	—	1	—	2	1	1	—	—	—	1	—	3	2
50. Diabetes insipid.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
51. Gicht . . .	7	—	—	—	—	—	—	—	2	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
52. Addisonsche Krankheit . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
53. Fettsucht . .	5	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—

Mathilde v. Rothschild-sches Kinderhospital		Clementine Mädchen-spital		Carolinum		Armenklinik		Dr. Bockenheimersche Klinik		Frankf. Verein vom roten Kreuz		Zweigverein des Vaterländ. Frauenvereins		Diakonissen-Anstalt		Diakonissen- und Krankenheilanstalt des Bethanienvereins		Elisabethen-Krankenhaus der barmherzigen Schwestern		Diakonissenheim Bockenheim		St. Marienkrankenhaus		Gumpertzsches Siechenhaus		Versorgungshaus		Jägersches Kindersiechenhaus		Privatkl. für Zuckerkranke u. diätetische Kuren von Dr. Lampe		Dr. Mainzers orthop. chirurg. Privatklinik		Genesungsstätte Hohenwald	
15		16		17		18		19		20		21		22		23		24		25		26		27		28		29		30		31		32	
	†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†
—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	9	1	1	—	15	2	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—
1	—	3	—	—	—	—	—	—	—	2	—	1	—	12	—	—	—	19	—	3	—	39	—	—	—	2	1	—	—	—	—	6	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	2	—	2	—	—	—	9	—	1	—	—	—	—	—	—	—	8	—	—	—
2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	4	—	1	1	6	—	46	—	1	—	42	1	—	—	6	—	—	—	—	—	1	—	—	—
1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	10	—	1	—	9	—	1	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	5	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	2	1	1	—	4	—	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2	—	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	2	—	—	—	3	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2	—	18	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	45	4	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	22	6	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	1	—	—	—	7	4	7	1	25	6	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	2	—	—	—	7	4	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	3	2	1	—	1	—	—	—	11	5	2	—	1	1	—	—	120	1	—	—	2	—
—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	9	—	—	—	—	—	3	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—

Noch Tab. II.

Namen der Krankheiten	Städt. Krankenhaus: innere Abteilung		Städt. Krankenhaus: äussere Abteilung		Städt. Krankenhaus: Hautkranke Abteilung		Städt. Siechenhaus		Städt. Krankenhaus Bockenheim		Frankensteiner Hof (Krankenstation)		Heiliggeisthospital: innere Abteilung		Heiliggeisthospital: äussere Abteilung		Bürgerhospital: innere Abteilung		Bürgerhospital: äussere Abteilung		Israel. Gemeindehospital		Dr. Christ's Kinderhospital		Neufvillesche Stiftung		Georgine Sara von Rothschild'sche Stiftung	
	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		14	
		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		
54. Akromegalie . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
56. Neubildungen:																												
A. Bösartige Neubildungen:																												
α) d. äuss. Bedeckungen	1	—	7	2	3	—	3	3	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—
β) der Verdauungsorgane . . .	23	12	34	16	—	—	11	11	—	—	—	—	20	18	6	4	3	3	13	3	9	6	—	—	—	—	6	[illegible]
δ) u. ε) d. Urogenitalorgane .	8	5	30	7	—	—	11	7	—	—	—	—	1	5	9	2	—	—	17	8	3	1	1	—	—	—	6	—
γ) u. ς) sonstige .	22	4	14	4	—	—	1	—	—	—	—	—	2	1	—	—	—	—	5	1	—	—	—	—	—	—	2	2
B. Gutartige Neubildungen:																												
a) Fibrom, Lipom, Angiom, Myxom. Atherom, Polypen und sonstige . . .	1	—	41	—	12	—	1	—	—	—	—	—	4	—	16	—	—	—	6	—	8	—	2	—	5	—	6	—
c) Kropf, Struma	2	1	8	—	1	—	—	—	—	—	—	—	6	—	5	—	—	—	3	—	1	—	—	—	—	—	1	—
V. Krankheiten der Organe																												
(ausschliesslich der bei Gruppe I bis IV aufgeführten).																												
A. Krankheiten der Haut und des Zellgewebes.																												
57. a) Entzündung der Haut (Ekzem)	7	—	2	—	749	—	—	—	2	—	—	—	4	—	3	—	3	—	5	—	3	—	13	—	2	—	1	—
b) Infektiöse (bakterielle) Dermatosen	10	1	—	—	126	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	2	—	6	—	1	1	1	—
c) Neuritische Dermatosen . . .	3	—	—	—	72	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
d) Progressive Ernährungsstörungen der Epidermis . . .	—	—	—	—	109	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

…sches Kinderhospital	Clementine Mädchen-spital		Carolinum		Armenklinik		Dr. Bockenheimersche Klinik		Frankf. Verein vom roten Kreuz		Zweigverein des Vaterländ. Frauenvereins		Diakonissen-Anstalt		Diakonissen- und Krankenheilanstalt des Bethanienvereins		Elisabethen-Krankenhaus der barmherzigen Schwestern		Diakonissenheim Bockenheim		St. Marienkrankenhaus		Gumpertzsches Siechenhaus		Versorgungshaus		Jägersches Kindersiechenhaus		Privatkl. für Zuckerkranke u. diätetische Kuren von Dr. Lampe		Dr. Mainzers orthop. chirurg. Privatklinik		Genesungsstätte Hohenwald	
5	16		17		18		19		20		21		22		23		24		25		26		27		28		29		30		31		32	
†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†
—	—	—	3	—	—	—	—	—	7	—	1	—	1	—	3	—	1	2	—	—	4	—	—	—	1	—	—	-	—	—	—	—	—	—
—	—	-	3	—	—	—	—	—	—	—	10	6	11	4	10	—	11	5	4	1	40	9	—	—	1	—	-	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	2	—	—	—	—	—	16	—	13	—	2	—	6	1	18	5	8	1	41	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	2	—	3	—	—	—	—	—	—	—	3	—	4	1	—	—	12	3	6	1	14	4	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
—	—	—	4	—	—	—	—	—	27	1	21	1	1	-	3	—	42	—	23	—	32	—	1	—	1	—	1	—	—	—	2	—	—	—
—	—	—	1	-	—	—	—	—	—	—	2	—	8	—	3	—	4	—	1	1	11	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	16	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	1	—	—	—	—	—	—	—
—	3	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Noch Tab. II.

Namen der Krankheiten	Städt. Krankenhaus: innere Abteilung (1)	†	Städt. Krankenhaus: äussere Abteilung (2)	†	Städt. Krankenhaus: Hautkranke Abteilung (3)	†	Städt. Siechenhaus (4)	†	Städt. Krankenhaus Bockenheim (5)	†	Frankensteiner Hof (Krankenstation) (6)	†	Heiliggeist-hospital: innere Abteilung (7)	†	Heiliggeist-hospital: äussere Abteilung (8)	†	Bürger-hospital: innere Abteilung (9)	†	Bürger-hospital: äussere Abteilung (10)	†	Israel. Gemeindehospital (11)	†	Dr. Christ's Kinderhospital (12)	†	Neufville'sche Stiftung (13)	†	Georgine Sara von Rothschild'sche Stiftung (14)	†
e) Regressive Ernährungsstörungen der Haut (Atroph.)	—	—	—	—	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
f) Erkrankung des Gefässaparates der Haut (Purpura etc.)	3	—	—	—	40	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
g) Epidermolysis (Pemphig. etc.)	—	—	—	—	27	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
h) Krankheiten der Schweiss- und Talgdrüsen	1	—	13	—	3	—	—	—	—	—	2	—	2	—	3	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
58. Furunculosis	2	—	33	—	31	—	—	—	1	—	3	—	—	—	16	—	—	—	4	1	5	—	2	—	2	—	1	—
59. Zellgewebsentz.	5	—	319	1	18	—	4	—	4	—	—	—	8	—	122	2	—	—	29	—	21	—	—	—	3	—	3	—
60. Zellgewebsverh.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	14	2	—	—	—	—
61. Nabelentzündung	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
62. Ulcus cruris	1	—	29	—	29	—	5	1	1	—	12	—	1	—	20	—	—	—	16	—	1	—	—	—	—	—	4	—
63. Elephantiasis	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
B. Krankheiten der Muskeln u. Sehnen.																												
64. Muskelentzünd.	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—
65. Muskelrheumat.	118	—	—	—	1	—	6	—	28	—	61	—	55	—	1	—	18	—	1	—	13	—	—	—	—	—	—	—
66. Muskelentartung	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—
67. Sehnenscheidenentzündung	3	—	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	3	—	2	—	—	—	—	—	3	—
C Krankheiten der Knochen, Knorpel und Gelenke.																												
68. Knochen- und Knorpelentzdung	14	—	92	8	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—	8	—	—	—	2	1	12	—	5	—	—	—	3	—
70. Gelenkentzündg.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
71. Chronisch. Gelenkrheumat. u. Arth. deformans	44	1	19	—	1	—	10	3	—	—	1	—	15	—	2	—	8	—	4	—	2	—	—	—	—	—	2 —	

Mathilde v. Rothschildsches Kinderhospital 15		Clementine Mädchenspital 16		Carolinum 17		Armenklinik 18		Dr. Bockenheimersche Klinik 19		Frankf. Verein vom roten Kreuz 20		Zweigverein des Vaterländ. Frauenvereins 21		Diakonissen-Anstalt 22		Diakonissen- und Krankenheilanstalt des Bethanienvereins 23		Elisabethen-Krankenhaus der barmherzigen Schwestern 24		Diakonissenheim Bockenheim 25		St. Marienkrankenhaus 26		Gumpertzsches Siechenhaus 27		Versorgungshaus 28		Jägersches Kindersiechenhaus 29		Privatkl. für Zuckerkranke u. diätetische Kuren von Dr. Lampe 30		Dr. Mainzers orthop. chiru g. Privatklinik 31		Genesungsstätte Hohenwald 32	
	†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	2	—	12	—	—	2	5	—	1	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	1	—	3	—	—	—	—	—	6	—	2	—	6	—	8	—	52	—	9	—	39	2	—	—	4	—	—	—	—	—	1	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	9	—	—	—	16	—	1	—	11	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	12	—	—	—	17	—	—	—	54	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	1	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	3	—	14	—	—	—	—	—	—	—	1	—	7	—	4	—	3	—	9	—	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	10	—	6	—	22	—	—	—	1	—	—	—	—	—	2	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	8	—	8	—	17	—	—	—	9	—	1	—	7	—	—	—	—	—	2	—	2	—

Namen der Krankheiten	Städt. Krankenhaus						Städt. Siechenhaus		Städt. Krankenhaus Bockenheim		Frankensteiner Hof (Krankenstation)		Heiliggeist-hospital				Bürger-hospital				Israel. Gemeindehospital		Dr. Christ's Kinderhospital		Neufville'sche Stiftung		Georgine Sara von Rothschild'sche Stiftung	
	innere Abteilung		äussere Abteilung		Hautkranke Abteilung								innere Abteilung		äussere Abteilung		innere Abteilung		äussere Abteilung									
	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		14	
		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†
72. a) Verkrümmung der Wirbelsäule, Kyphose, Skoliose, Lordose .	4	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	11	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—
b) Platt-, Klump-, Spitzfuss, Genu valg., Bäckerbein etc. . .	10	—	47	1	1	—	—	—	—	—	6	—	9	—	8	—	—	—	—	—	4	—	10	—	12	—	—	—
D. Krankheiten des Blutes und d. blutbildenden Drüsen.																												
73. a) Chlorosis . .	157	—	—	—	—	—	3	—	1	—	2	—	76	—	—	—	21	—	—	—	19	—	4	—	—	—	18	—
b) Anaemia perniciosa	4	4	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
c) Leukaemie . .	3	1	3	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1	—	—	—	—
74. Skorbut, Barlowsche Krankheit Blutfleckenkrankheit	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
75. Haemophilie . .	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
76. Drüsenentzündg.	1	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	4	—	21	—	—	—	1	—	4	—	6	—	2	—	1	—
E. Krankheiten d. Gefässystems.																												
78. Akute Endokard.	4	—	—	—	—	—	1	—	4	—	—	—	4	2	—	—	2	—	—	—	6	1	3	—	—	—	—	—
79. Perikarditis . .	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
80. Herzvergröss.	6	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
81. Herzfehler: a) Herzklappenfehler	78	10	—	—	—	—	8	—	3	—	3	—	89	8	—	—	9	1	—	3	16	3	—	—	1	—	1	—
b) Angeborene Herzfehler . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
82. a) Myokarditis .	72	20	3	1	—	—	8	2	2	—	—	—	22	9	—	—	20	14	—	—	4	1	—	—	—	—	—	—
b) Herzverfettung	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—
85. Herzkrampf, Angina pectoris, Herzneurosen . . .	16	—	—	—	—	—	1	—	—	—	3	—	2	—	—	—	—	—	—	—	4	2	—	—	—	—	—	—

…sches Kinderhospital †	Clementine Mädchen-spital (16)	†	Carolinum (17)	†	Armenklinik (18)	†	Dr. Bockenheimersche Klinik (19)	†	Frankf. Verein vom roten Kreuz (20)	†	Zweigverein des Vaterländ. Frauenvereins (21)	†	Diakonissen-Anstalt (22)	†	Diakonissen- und Krankenheilanstalt des Bethanienvereins (23)	†	Elisabethen-Krankenhaus der barmherzigen Schwestern (24)	†	Diakonissenheim Bockenheim (25)	†	St. Marienkrankenhaus (26)	†	Gumpertzsches Siechenhaus (27)	†	Versorgungshaus (28)	†	Jägersches Kindersiechenhaus (29)	†	Privatkl. für Zuckerkranke u. diätetische Kuren von Dr. Lampe (30)	†	Dr. Mainzers orthop. chirurg. Privatklinik (31)	†	Genesungsstätte Hohenwald (32)	†
–	5	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	3	–	–	–	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	3	–
–	13	–	13	–	–	–	–	–	1	–	–	–	4	–	1	–	5	–	4	–	22	–	1	–	–	–	–	–	–	–	15	–	–	–
–	6	–	–	–	–	–	–	–	1	–	–	–	3	–	8	–	11	–	6	–	20	–	–	–	–	–	1	–	–	–	–	–	144	–
–	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	–	1	–	–	–	–	–	–	–	2	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	2	–	–	–	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	–	4	1	–	–	11	–	3	–	19	1	1	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
–	3	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	–	3	–	–	–	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
–	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	2	–	–	–	1	–	–	–	1	1	–	–	–	–	–	–	–	–
–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	–	–	–	–	–	–	–	7	–	–	–	1	–	1	–	5	1	–	–	–	–	–	–	–	–
–	3	–	–	–	–	–	–	–	4	–	1	–	4	1	6	1	21	2	2	–	20	3	–	–	1	–	–	–	–	–	–	–	23	–
–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	3	–	4	1	1	–	19	1	1	–	11	2	–	–	2	1	–	–	–	–	–	–	3	–
–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	3	–	–	–	6	–	1	1	10	2	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	10	–

Noch Tab. II.

Namen der Krankheiten	Städt. Krankenhaus: innere Abteilung (1)	†	Städt. Krankenhaus: äussere Abteilung (2)	†	Städt. Krankenhaus: Hautkranke Abteilung (3)	†	Städt. Siechenhaus (4)	†	Städt. Krankenhaus Bockenheim (5)	†	Frankensteiner Hof (Krankenstation) (6)	†	Heiliggeist-hospital: innere Abteilung (7)	†	Heiliggeist-hospital: äussere Abteilung (8)	†	Bürger-hospital: innere Abteilung (9)	†	Bürger-hospital: äussere Abteilung (10)	†	Israel. Gemeindehospital (11)	†	Dr. Christ's Kinderhospital (12)	†	Neufvillesche Stiftung (13)	†	Georgine Sara von [illegible] (1)	†
87. Arterienkrankheiten	56	2	—	—	1	—	12	1	2	—	8	—	18	4	—	—	6	3	—	—	4	—	—	—	—	—	2	—
88. Venenkrankh. .	8	—	29	1	5	—	—	—	—	—	—	—	5	—	6	—	3	—	11	—	3	—	—	—	—	—	—	—
F. Krankheiten d. Nervensystems.																												
89. Meningitis . .	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	1	1	1	—	2	2	—	—	—	—	2	1	7	7	—	—
90. Hydroceph. internus s. chron. .	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	2	2	4	1	—	—
91. a) u. b) Akute Enkephalitis, Gehirnabszess .	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
92. Apoplex. cereb. .	27	13	1	1	—	—	48	10	—	—	1	—	16	10	—	—	14	11	—	—	3	2	—	—	—	—	—	—
93. a) u. b) Erweichungsherde im Gehirn, Gehirnlähmung . .	22	1	—	—	—	—	11	2	1	—	1	—	4	—	—	—	3	—	—	—	1	—	—	—	3	—	—	—
94. Störungen der Blutfüllung . .	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
96. Geisteskrankh.	22	—	—	—	—	—	49	7	—	—	2	—	11	—	—	—	6	—	1	—	1	—	1	—	—	—	1	—
97. Paralysis agit. .	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
98. a) Myelitis . .	6	—	5	—	—	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
b) Meningitis spinalis . . .	7	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
100. a) u. b) Tabes dorsalis, Friedreichsche Krankheit . .	36	—	6	—	—	—	26	5	—	—	4	—	6	—	—	—	7	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—
101. a) Kinderlähm. .	1	—	—	—	—	—	3	—			—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	3	—	—	—
b) Sonstige Rückenmarklähmungen .	10	4	—	—	—	—	11	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
102. Progressive Muskelatrophie . .	2	—	1	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
104. Mult. Sklerose .	9	—	—	—	—	—	14	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
105. Multiple Neurit.	11	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
106. Neuralgie (Ischias etc.) . .	25	—	7	1	—	—	2	—	1	—	10	—	62	—	1	—	3	—	—	—	9	—	—	—	—	—	5	—

Mathilde v. Rothschild'sches Kinderhospital		Clementine Mädchenspital		Carolinum		Armenklinik		Dr. Bockenheimersche Klinik		Frankf. Verein vom roten Kreuz		Zweigverein des Vaterländ. Frauenvereins		Diakonissen-Anstalt		Diakonissen- und Krankenheilanstalt des Bethanienvereins		Elisabethen-Krankenhaus der barmherzigen Schwestern		Diakonissenheim Bockenheim		St. Marienkrankenhaus		Gumpertz'sches Siechenhaus		Versorgungshaus		Jägersches Kindersiechenhaus		Privatkl. für Zuckerkranke u. diätetische Kuren von Dr. Lampe		Dr. Mainzers orthop. chirurg. Privatklinik		Genesungsstätte Hohenwald	
15		16		17		18		19		20		21		22		23		24		25		26		27		28		29		30		31		32	
	†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1	—	1	1	—	—	6	—	—	—	7	2	1	—	5	—	—	—	—	—	—	—	4	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	2	—	4	—	4	—	7	—	24	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	2	2	3	3	6	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	5	2	1	1	7	3	1	—	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	4	1	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	6	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	3	—	2	—	—	—	—	—	9	2	5	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	2	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	9	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	6	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	6	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	4	—	9	—	—	—	11	—	2	—	15	—	—	—	2	—	—	—	1	—	—	—	—	—

Namen der Krankheiten	Städt. Krankenhaus: Innere Abteilung		Städt. Krankenhaus: äussere Abteilung		Städt. Krankenhaus: Hautkranke Abteilung		Städt. Siechenhaus		Städt. Krankenhaus Bockenheim		Frankensteiner Hof (Krankenstation)		Heiliggeist-hospital: Innere Abteilung		Heiliggeist-hospital: äussere Abteilung		Bürger-hospital: Innere Abteilung		Bürger-hospital: äussere Abteilung		Israel. Gemeindehospital		Dr. Christ's Kinderhospital		Neufville'sche Stiftung		Georgine Sara von Rothschild'sche Stiftung	
	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		14	
		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†
107. Lähmungen der periph. Nerven	12	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	1	—	1	—	2	—	—	—	3	—	—	—
109. Migräne	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	-	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
110. a) Epilepsie	16	—	2	—	—	—	11	—	1	—	5	—	16	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	5	—	—	—
b) Chorea	6	—	—	—	-	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	5	—	1	—	—	—
c) Sonst. Krämpfe, Tetanie, Eklampsie d. Kind. etc.	11	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	3	2	—	—	—
111. a) Neurasthenie	124	—	8	-	2	—	-	—	1	—	—	—	43	—	—	—	25	—	—	-	19	—	—	—	—	—	4	—
b) Hysterie	95	—	—	—	—	—	11	—	—	—	—	—	34	—	2	—	19	—	3	—	15	—	—	—	2	—	4	—
d) Beschäftigungsneurosen (Schreibkr.)	2	—	—	—	—	—	-	—	—	—	—	—	1	—	—	—	-	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
112. Basedowsche Krankheit	9	—	1	1	—	—	1	—	—	—	—	—	4	—	1	1	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—
G. Krankheiten des Ohres																												
113. a) Erkrankungen d. äuss. Ohres	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	1	—	—	—
b) Erkrankungen des Trommelfells u. mittleren Ohres	15	1	11	—	—	—	—	—	2	—	—	—	17	—	—	—	1	—	3	—	11	1	4	—	6	—	5	—
c) Erkrankung. d. inneren Ohres	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
H. Krankheiten des Auges																												
114. a)—c) Erkrank. d. Augenlid. u. d. Bindehaut	1	—	—	—	17	—	1	—	—	—	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	5	—	1	—	—	—	2	—
d) Erkrankungen d. Lederhaut u. der Hornhaut	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	1	—	2	—
e)—p) Sonstige Augenkrankh.	1	—	—	—	—	—	7	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	8	—

Mathilde v. Rothschild'sches Kinderhospital		Clementine Mädchen-spital		Carolinum		Armenklinik		Dr. Bockenheimersche Klinik		Frankf. Verein vom roten Kreuz		Zweigverein des Vaterländ. Frauenvereins		Diakonissen-Anstalt		Diakonissen- und Krankenheilanstalt des Bethanienvereins		Elisabethen-Krankenhaus der barmherzigen Schwestern		Diakonissenheim Bockenheim		St. Marienkrankenhaus		Gumpertzsches Siechenhaus		Versorgungshaus		Jägersches Kindersiechenhaus		Privatkl. für Zuckerkranke u. diätetische Kuren von Dr. Lampe		Dr. Mainzers orthop. chirurg. Privatklinik		Genesungsstätte Hohenwald	
15		16		17		18		19		20		21		22		23		24		25		26		27		28		29		30		31		32	
	†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†
—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—
—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	2	—	1	—	1	—	1	—	1	—	—	—	7	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3	—	16	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	1	—	9	—	2	—	47	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	51	—
—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	4	—	—	—	1	—	3	—	·	—	9	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	22	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	13	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	2	—	3	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	2	—
—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	3	—	—	—	2	—	6	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	9	—	3		—	—	—	—	—	—	19	2	1	—	3	1	8	—	36	3	36	—	—	—	4	—	1	—	—	—	—	—	—	—
4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	24	—	—	—	2	—	—	—	—	—	11	—	23	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	1	—	1	—	21	—	8	—	—	—	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—
—	—	9	—	—	—	—	—	—	—	8	—	1	—	—	—	2	—	16	—	15	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	20	—	3	—	9	—	19	—	20	—	26	1	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Namen der Krankheiten	Städt. Krankenhaus: innere Abteilung 1	†	äussere Abteilung 2	†	Hautkranke Abteilung 3	†	Städt. Siechenhaus 4	†	Städt. Krankenhaus Bockenheim 5	†	Frankensteiner Hof (Krankenstation) 6	†	Heiliggeist-hospital: innere Abteilung 7	†	äussere Abteilung 8	†	Bürger-hospital: innere Abteilung 9	†	äussere Abteilung 10	†	Israel. Gemeindehospital 11	†	Dr. Christ's Kinderhospital 12	†	Neufville'sche Stiftung 13	†	…
J. Krankheiten d. Respirationsorgane.																											
115. Krankheiten d. Nase u. Nebenhöhlen . . .	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	13	—	—	—	1	—	5	—	3	—	2	—	—	—	1
116. Kehlkopfentz. .	37	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	34	—	—	—	6	—	—	—	4	—	6	1	—	—	—
117. Stimmritzenkr.	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	—	2	—	—
118. Kehlkopf- und Luftr.-Vereng.	9	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—
119. Luftröhrenkat.	11	—	6	—	2	—	—	—	21	—	—	—	66	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	-
120. AkuteBronchit.	96	—	5	—	7	—	6	—	—	—	33	—	93	—	—	—	3	—	—	—	13	1	24	5	10	—	3
121. Chron. Bronch.	37	1	—	—	—	—	10	—	35	—	14	—	35	—	—	—	17	—	—	—	6	—	19	—	—	—	1
122. Lungenentzdg.																											
a) Fibrinöse .	139	22	2	—	1	—	—	—	—	—	7	—	34	5	—	—	2	—	—	4	2	—	—	—	7	2	3
b) Katarrhal. (Bronchopneumonie) .	30	10	3	1	13	10	—	—	4	1	—	—	16	10	—	—	22	8	—	—	8	3	43	12	9	5	—
123. Staubkrankheit	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
126. Lungenemph.	74	6	—	—	1	—	13	—	3	—	6	—	51	—	—	—	11	—	1	1	3	—	—	—	—	—	—
127. a) Lungenabsz.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	1	—	—	—
b) Lungengangrän .	—	—	2	1	—	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		—	—	—
129. a) Brustfellentzündung:																											
α) seröse	59	1	1	—	2	—	2	—	1	—	1	—	22	—	1	—	7	4	—	—	5	—	7	2	2	—	1
β) eitrige .	9	1	19	3	—	—	—	-	—	—	—	—	2	1	4	—	—	—	2	—	—	—	6	2	4	2	1
γ) trock. od. ohne näh. Angabe .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	-	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
K. Krankh. der Verdauungsapparate																											
130. Krankheiten d. Mundhöhle . .	11	-	18	—	8	—	—	—	2	—	10	—	1	—	—	—	1	—	7	—	3	—	5	—	—	—	—
131. Halsentzünd. .	362	—	36	—	3	—	2	—	12	—	—	—	171	—	—	—	7	—	3	—	108	—	43	—	12	—	11
132. Krankheiten d. Speicheldrüsen.	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	-	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
133. Krankheiten d. Speiseröhre .	2	—	—	-	-	—	—	—	—	—	—	—		—	—	-	1	1	—	—	2	—	—	—	—	—	—

Clementine Mädchen-spital		Carolinum		Armenklinik		Dr. Bockenheimersche Klinik		Frankf. Verein vom roten Kreuz		Zweigverein des Vaterländ. Frauenvereins		Diakonissen-Anstalt		Diakonissen- und Krankenheilanstalt des Bethanienvereins		Elisabethen-Krankenhaus der barmherzigen Schwestern		Diakonissenheim Bockenheim		St. Marienkrankenhaus		Gumpertzsches Siechenhaus		Versorgungshaus		Jägersches Kindersiechenhaus		Privatkl. für Zuckerkranke u. diätetische Kuren von Dr. Lampé		Dr. Mainzers orthop. chirurg. Privatklinik		Genesungsstätte Hohenwald	
16		17		18		19		20		21		22		23		24		25		26		27		28		29		30		31		32	
	†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†
5	—	2	—	—	—	—	—	296	—	12	—	5	—	4	—	—	—	—	—	56	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	4	—	1	—	3	—	—	—	9	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	1	—	—	—	—	—	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	19	—	5	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	12	—	—	—	19	—	—	—	42	—	—	—	8	1	—	—	—	—	—	—	—	—
2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	1	—	21	—	1	—	20	—	1	—	13	4	—	—	—	—	—	—	5	—
7	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	3	—	2	—	9	1	2	—	21	6	—	—	3	3	—	—	—	—	—	—	—	—
4	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	12	3	—	—	17	1	2	—	3	—	—	—	4	1	1	1	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	19	2	—	—	19	2	1	—	4	1	—	—	—	—	—	—	3	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	4	—	6	—	9	—	5	—	15	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	1	—	1	—	3	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	2	1	—	—	4	—	26	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	14	—	—	—	29	—	5	—	24	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Namen der Krankheiten	Städt. Krankenhaus						Städt. Siechenhaus		Städt. Krankenhaus Bockenheim		Frankensteiner Hof (Krankenstation)		Heiliggeist-hospital				Bürger-hospital				Israel. Gemeindehospital		Dr. Christ's Kinderhospital		Neufville'sche Stiftung		Georgine Sara von	
	Innere Abteilung		äussere Abteilung		Hautkranke Abteilung								Innere Abteilung		äussere Abteilung		Innere Abteilung		äussere Abteilung									
	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		14	
		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		
134. Magenkrankh.:																												
a) Magenkat.	32	1	4	—	—	—	—	—	11	1	10	—	66	—	2	—	1	—	1	—	2	—	24	8	—	—	1	–
c) Magengeschwür	41	—	18	4	—	—	—	—	1	1	—	—	30	—	2	1	6	3	—	—	3	1	1	1	—	—	3	–
d)–g) Sonstige	70	—	3	—	1	—	—	—	6	—	—	—	56	—	1	1	5	—	—	—	7	—	—	—	—	—	—	–
135. Darmkrankh.:																												
a)—c) Darmkat. Magendarmk.	141	9	6	—	8	—	4	—	14	1	—	—	30	—	—	—	7	—	—	—	17	2	83	38	49	14	6	–
d) Darmträgh.	41	—	5	—	—	—	—	—	1	—	—	—	24	—	5	—	4	—	2	—	3	—	2	—	—	—	1	–
137. Blinddarmentz.	32	—	147	4	1	—	—	—	5	—	—	—	15	—	47	3	3	—	49	6	20	—	2	—	10	—	15	
138. Darmverschluss u. Verengung	2	—	7	3	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	6	—	1	—	4	—	4	1	2	—	2	2	1	
140. Mastdarmerkr.	—	—	30	—	4	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	3	—	4	—	9	1	2	—	5	—	7	–
141. Darmfistel	—	—	4	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	3	—	—	—	2	—	1	–
142. Brüche	4	—	127	2	2	—	—	—	—	—	3	—	—	—	29	—	—	—	15	—	14	1	10	—	24	—	11	
143. Bauchfellentz.	5	—	39	12	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	2	1	4	—	2	—	2	1	2	2	5	—	—	—
144. a) u. b) Hepatitis und Pylephlebitis	3	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
c) Akute Leberatrophie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
d) Lebercirrh.	7	4	1	—	—	—	2	1	—	—	—	—	6	1	—	—	5	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
145. Ikterus	15	—	—	—	3	—	—	—	1	—	—	—	14	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	1	–
147. Cholelithiasis	27	—	21	4	—	—	2	—	—	—	—	—	18	—	4	—	2	—	3	—	1	—	—	—	—	—	5	–
148. Erkrankungen d. Pankreas	1	—	5	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
L. Krankheiten der Harnorgane																												
149. Nierenentzünd.	63	17	—	—	—	—	1	—	2	1	3	—	45	8	1	—	16	6	1	—	4	—	3	1	3	—	6	–
150. a) Pyelitis, Pyelonephritis	14	—	5	—	3	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	1	—	5	—	—	—	—	—	—	
b) Hydronephr.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	–
c) Nierenvereit.	1	—	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	–
151. Lithiasis	6	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	3	—	3	—	—	—	—	—	1	–
152. Wanderniere	4	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	6	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	–
153. Uraemia	5	5	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2	—	—	3	1	1	—	1	—	—	—	—	—	—	–
154. Entz. u. Lähm. d. Harnwege	35	—	15	—	111	—	1	—	—	—	—	—	27	—	5	—	—	—	11	—	11	—	—	—	—	—	3	–

…sches Kinderhospital 15	†	Clementine Mädchen-spital 16	†	Carolinum 17	†	Armenklinik 18	†	Dr. Bockenheimersche Klinik 19	†	Frankf. Verein vom roten Kreuz 20	†	Zweigverein des Vaterländ. Frauenvereins 21	†	Diakonissen-Anstalt 22	†	Diakonissen- und Krankenheilanstalt des Bethanienvereins 23	†	Elisabethen-Krankenhaus der barmherzigen Schwestern 24	†	Diakonissenheim Bockenheim 25	†	St. Marienkrankenhaus 26	†	Gumpertzsches Siechenhaus 27	†	Versorgungshaus 28	†	Jügersches Kindersiechenhaus 29	†	Privatkl. für Zuckerkranke u. diätetische Kuren von Dr. Lampe 30	†	Dr. Mainzers orthop. chirurg. Privatklinik 31	†	Genesungsstätte Hohenwald 32	†
—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	19	—	—	—	21	—	6	—	23	—	—	—	5	—	—		—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	2	1	9	1	11	—	8	—	12	—	24	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	6	—	2	—	—	—	—	—	4	1	12	1	1	—	1	—	—	—	3	—	—	—	—	—
—	—	9	1	1	—	—	—	—	—	—	—	2	—	2	—	2	—	23	—	1	—	10	—	—	—	7	—	—	—	10	—	—	—	—	—
—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	15	—	—	—	1	—	—	—	2	—	—	—	6	—	—	—	6	—	—	—	14	—
2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	22	1	25	2	27	—	43	2	33	—	21	1	168	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—		—	—
—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	1	1	2	1	3	1	2	2	1	1	2	2	3	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—		—	—
—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	9	1	16	—	7	—	12	—	—	—	6	—	12	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	6	—	2	—	—	—	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1	—	1	—	8	—	—	—	—	—	8	—	9	1	21	2	28	1	12	—	9	—	77	—	1	1	18	—	1	—	—	—	1	—	—	—
—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	1	—	—	—	6	6	1	—	3	—	—	—	6	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	3	—	5	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	1	2	2	3	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	8	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—
—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	4	3	14	4	6	1	12	1	6	—	3	—	15	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	2	—	1	1	—	—	—	—	6	1	—	—	7	2	4	2	8	2	2	—	25	8	—	—	—	—	—	—	2	1	—	—	4	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	5	—	—	—	2	—	4	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	2	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	8	—	2	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	2	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1	—	—	—	2	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	7	—	2	—	1	—	13	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—

Namen der Krankheiten	Städt. Krankenhaus						Städt. Siechenhaus		Städt. Krankenhaus Bockenheim		Frankensteiner Hof (Krankenstation)		Heiliggeisthospital				Bürgerhospital				Israel. Gemeindehospital		Dr. Christ's Kinderhospital		Neufvillesche Stiftung		Georgine Sara von Roth…	
	innere Abteilung		äussere Abteilung		Hautkranke Abteilung								innere Abteilung		äussere Abteilung		innere Abteilung		äussere Abteilung									
	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		14	
		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†		†
V. Krankheiten der Geschlechtsorgane. (Gonorrhoe etc. b 23.) (Geschwülste bei 56.)																												
Männliche:																												
155. Phimose, Paraphim., Balanit. .	—	—	17	—	54	—	—	—	1	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	4	—	—	—	2	—	3	—
156. Epispadie, Hypospadie	—	—	5	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—
157—160. Alle sonst.	6	2	19	1	—	—	2	—	1	—	—	—	2	—	4	—	—	—	3	—	—	—	3	—	—	—	4	—
Weibliche:																												
162. Krankh. d. Vulv.	—	—	4	—	65	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
163. a) Menstruationsanomal. .	4	—	5	—	13	—	—	—	—	—	—	—	43	—	1	—	—	—	5	—	3	—	—	—	—	—	1	—
b) Parametritis .	8	—	11	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	1	—	1	—	3	—	—	—	—	—	—	—	2	—
165. Gebärmutterentz. ausserhalb d. Geburt und des Wochenbettes .	1	—	23	1	—	—	—	—	—	—	—	—	28	—	1	—	—	—	9	—	5	—	—	—	—	—	5	—
166. Gebärmutterblutung ausserh. d. Wochenbettes	1	—	35	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	5	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—
167. Lageveränderung d. Gebärmutter	2	—	46	—	2	—	—	—	—	—	—	—	24	—	5	—	1	—	1	—	7	—	—	—	—	—	4	—
168. a) Eierstocksentzündung . .	2	—	4	—	1	—	—	—	—	—	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
b) Tubenentz. .	1	—	65	—	1	—	—	—	—	—	—	—	2	—	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
170 u. 171 Schwangerschaft u. Störung derselben . .	28	—	63	2	—	—	—	—	—	—	—	—	16	—	3	—	1	—	2	—	1	—	—	—	—	—	3	—
173 u. 174. Frühgeb. Fehlgeburt . .	2	1	83	—	7	—	—	—	—	—	—	—	34	—	3	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—
175. Erkrankungen d. Brüste	1	—	23	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	—	—	—	2	2	1	—	—	—	—	—	—	—
VI. Andere, sowie nicht angegebene u. unbekannte Krankh.																												
176.	186	5	189	—	—	—	3	—	—	—	16	—	5	—	18	—	3	—	—	—	17	1	7	—	—	—	3	—

(15) †	16 Clementine Mädchenspital	†	17 Carolinum	†	18 Armenklinik	†	19 Dr. Bockenheimersche Klinik	†	20 Frankf. Verein vom roten Kreuz	†	21 Zweigverein des Vaterländ. Frauenvereins	†	22 Diakonissen-Anstalt	†	23 Diakonissen- und Krankenheilanstalt des Bethanienvereins	†	24 Elisabethen-Krankenhaus der barmherzigen Schwestern	†	25 Diakonissenheim Bockenheim	†	26 St. Marienkrankenhaus	†	27 Gumpertzsches Siechenhaus	†	28 Versorgungshaus	†	29 Jägersches Kindersiechenhaus	†	30 Privatkl. für Zuckerkranke u. diätetische Kuren von Dr. Lampe	†	31 Dr. Mainzers orthop. chirurg. Privatklinik	†	32 Genesungsstätte Hohenwald	†
—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	2	—	3	—	1	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—		—	—	—	—	—	1	—	4	—	2	—	14	—	7	—	5	—	7	1	—	—	—	—	—	—	—	—			—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	23	—	2	—	3	—	1	—	—	—	3	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	10	—	6	—	3	—	—	—	—	—	2	—	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	14	—	3	—	2	—	—	—	3	—	7	—	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	1	—	—	—	—	—	76	—	21	—	20	—	72	—	1	—	21	—	58	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	1	—	—	—	—	—	19	—	7	—	—	—	1	—	8	—	4	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	2	—	—	—	—	—	27	—	26	—	5	—	1	—	2	—	10	1	32	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	17	—	1	—	4	—	—	—	2	—	3	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	22	—	5	—	—	—	10	—	2	—	7	—	6	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	34	—	2	—	—	—	8	—	—	—	13	—	12	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	7	—	—	—	—	—	89	—	19	—	—	—	24	—	—	—	7	—	32	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	3	—	2	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	2	—	—	—	—	—	17	—	—	—	17	—	95	2	—	—	—	—	57	—	2	—	—	—	—	—	—	—	2	1	—	—

Tab. II b.

Uebersicht

über die in den allgemeinen Krankenanstalten und chirurgischen Kliniken ausgeführten Operationen

vom 1. Januar 1908 bis 31. Dezember 1908.

Namen der Krankheiten	Städt. Krankenhaus äussere Abteilung	Heiliggeisthospital äussere Abteilung	Bürgerhospital äussere Abteilung	Israelit. Gemeindehospital	Christ'sches Kinderhosp.	Neufville'sche Stiftung	Clementine Mädchen-Spital	Carolinum	Frankfurter Verein vom roten Kreuz	Vaterländisch. Frauen-Verein	Diakonissenanstalt	Diakon.-u. Krankenheil-Anst. d. Bethan.-Vereins	Elisab.-Krankenhaus d. barmherz. Schwestern	St. Marienkrankenhaus	Dr. Max Mainzer orthop.-chir. Privatkl.
I. Amputationen:															
1. der oberen Extremität	4	7	1	—	—	—	—	—	—	—	1	4	2	—	—
2. der unteren „	16	7	2	1	—	—	2	1	—	2	8	4	4	3	—
3. von Fingern oder Zehen	3	7	2	—	—	—	4	—	—	—	4	—	—	4	—
II. Exartikulationen:															
1. der oberen Extremität	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—
2. der unteren „	4	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—
3. von Fingern oder Zehen	9	4	2	1	—	—	—	1	—	—	—	2	10	2	2
III. Resektionen:															
1. der Gelenke	19	3	1	—	—	—	2	—	—	2	9	—	—	4	—
2. der Kontinuität	29	9	3	—	—	—	—	1	—	4	4	1	—	3	—
III a. Arthrotomien u. Arthrektomien	16	—	—	—	—	—	—	7	—	—	1	1	—	2	
III b. Sehnenplastik	2	2	—	—	—	—	—	1	—	—	2	—	—	—	6
IV. Aufmeisselungen (Osteotomie, Nekrotomie):															
1. a) der Knochen des Schädels	18	1	4	3	—	—	5	3	19	20	5	5	3	6	—
b) der Knochen des Gesichts	3	—	2	1	—	—	—	—	1	9	1	1	—	2	—
2. der Knochen der oberen Extremitäten	3	—	1	1	—	—	—	—	—	—	3	2	—	1	2
3. der Knochen der unteren Extremitäten	20	6	—	3	—	—	8	1	—	1	—	—	2	11	9
4. der Wirbelsäule, Brust, Becken	1	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	4	1	—
V. Osteoplastische Operationen (einschliessl. Redressement)	12	—	—	—	—	—	6	—	—	4	5	1	—	3	24
VI. Einrenkungen:															
1. kongenital:															
a) obere Extremität	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
b) untere „	3	—	—	—	—		6	—	—	—	—	—	1	5	7

Noch Tab. IIb.

Namen der Krankheiten	Städt. Krankenhaus äussere Abteilung	Heiliggeisthospital äussere Abteilung	Bürgerhospital äussere Abteilung	Israelit. Gemeindehospital	Christsches Kinderhosp.	Neufvillesche Stiftung	Clementine Mädchen-Spital	Carolinum	Frankfurter Verein vom roten Kreuz	Vaterländisch. Frauen-Verein	Diakonissenanstalt	Diakon.-u. Krankenheil-Anst. d. Bethan.-Vereins	Elisab.-Krankenhaus d. barmherz. Schwestern	St. Marienkrankenhaus	Dr. Max Mainzers orthop.-chir. Privatkl.
2. erworben:															
a) obere Extremität	12	—	1	1	—	—	—	—	1	—	—	2	1	3	2
b) untere „	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
VII. Exstirpationen:															
A. von Geschwülsten:															
a) bösartigen:															
1. des Schädels	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
a) extrakraniell	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
b) intrakraniell	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2. des Gesichts	3	2	2	—	—	—	—	2	—	1	2	3	—	1	—
3. des Halses	5	1	2	—	—	—	—	3	2	1	17	—	—	—	—
4. des Brustkorbes und seiner Bedeckungen	3	2	5	—	—	—	—	1	5	—	5	5	2	7	—
5. der Bauchdecken	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—
6. der Bauchorgane (ausser Geschlechtsorganen)	4	1	3	—	—	—	—	—	6	1	1	5	—	5	—
7. der Geschlechtsorgane	7	3	11	2	—	—	—	3	53	8	—	5	—	—	—
8. der Harnorgane	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	—	—
9. der Extremitäten	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—
10. Multiple Geschwülste u. sonstiges	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
b) gutartigen:															
1. des Schädels	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
a) extrakraniell	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	38	—
b) intrakraniell	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2. des Gesichts	6	1	—	1	—	—	—	2	—	—	4	1	—	6	—
3. des Halses	6	—	19	—	—	—	—	—	3	—	7	1	—	8	—
4. des Brustkorbes u. seiner Bedeckungen	9	—	2	1	—	—	—	—	2	2	—	6	2	7	—
5. der Bauchdecken	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
6. der Bauchorgane (ausser Geschlechtsorganen)	4	—	—	2	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1	—
7. der Geschlechtsorgane	12	2	2	3	—	—	—	—	36	15	5	12	—	—	—
8. der Harnorgane	1	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—
9. der Extremitäten	27	—	3	1	—	—	1	—	—	—	1	2	—	14	4
10. Multiple Geschwülste u. sonstiges	—	31	3	1	—	—	—	—	—	3	7	2	—	9	—

Noch Tab. II b.

Namen der Krankheiten	Städt. Krankenhaus äussere Abteilung	Heiliggeisthospital äussere Abteilung	Bürgerhospital äussere Abteilung	Israelit. Gemeindehospital	Christsches Kinderhosp.	Neufvillesche Stiftung	Clementine Mädchen-Spital	Carolinum	Frankfurter Verein vom roten Kreuz	Vaterländisch. Frauen-Verein	Diakonissenanstalt	Diakon.-u. Krankenheil-Anst. d. Bethan.-Vereins	Elisab.-Krankenhaus d. barmherz. Schwestern	St. Marienkrankenhaus	Dr. Max Mainzers orthop.-chir. Privatkl.
B. von Organen (auch einzelner Teile derselben):															
1. Auge	1	—	—	7	—	—	—	—	1	—	—	2	—	—	—
2. Schilddrüse	9	3	3	1	—	—	—	1	4	4	7	7	—	4	—
3. Niere	5	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—	5	5	2	—
4. Milz	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
5. Uterus	8	4	3	1	—	—	—	2	18	—	2	5	—	—	—
6. Ovarien nebst Adnexen	52	8	5	1	—	—	—	—	36	—	—	24	1	1	—
7. Hoden	3	1	—	—	—	—	—	—	—	2	3	5	—	5	—
8. Drüsen	34	6	—	5	—	—	5	—	—	8	—	9	—	6	—
9. Sonstige	5	1	—	1	—	—	12	—	—	4	9	3	—	8	—
VIIa. Fixation mobiler Organe:															
1. Niere	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
2. Uterus	15	4	—	—	—	—	—	2	22	—	—	1	1	—	—
VIII. Laparatomien (ausser Geschwulstexstirpationen): (Siehe auch VII. A. No. 6 u. VII. B. No. 4—6.)															
1. wegen Gallensteinen oder Leberleiden	18	2	1	—	—	—	—	1	6	4	—	8	2	12	—
2. wegen Magen- u. Darmleiden:	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
a) Resektionen	12	4	3	—	—	—	—	1	1	—	2	—	—	7	—
b) Operation von Anastomosen	23	—	1	—	—	—	—	1	1	5	3	5	—	6	—
3. zur Anlegung oder Schliessung von Fisteln	14	3	5	1	—	—	—	2	—	—	—	2	—	2	—
4. wegen Verletzung oder Entzündung	36	2	—	—	—	—	—	—	—	—	7	1	1	3	—
5. Ileus	7	—	2	2	—	—	—	—	—	2	1	1	1	3	—
6. Operation von Hernien	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
a) eingeklemmt:															
1. Nabel	—	1	2	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1	—
2. Leisten- und Schenkelbrüche	17	4	2	4	3	—	—	—	7	3	4	3	2	7	—
3. Sonstige	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—

Noch Tab. II b

Namen der Krankheiten	Städt. Krankenhaus äussere Abteilung	Heiliggeisthospital äussere Abteilung	Bürgerhospital äussere Abteilung	Israelit. Gemeindehospital	Christsches Kinderhosp.	Neufvillesche Stiftung	Clementine Mädchen-Spital	Carolinum	Frankfurter Verein vom roten Kreuz	Vaterländisch. Frauen-Verein	Diakonissenanstalt	Diakon.-u. Krankenheil Anst. d. Bethan.-Vereins	Elisab.-Krankenhaus d. barmherz. Schwestern	St. Marienkrankenhaus	Dr. Max Mainzers orthop.-chir. Privatkl.
b) nicht eingeklemmt:															
1. Nabel	1	2	1	1	1	—	1	—	—	—	3	1	1	7	—
2. Leisten- und Schenkelbrüche	77	17	3	3	4	—	—	8	—	5	8	21	8	53	1
3. Sonstige	20	3	—	—	—	—	—	—	—	1	3	7	—	7	—
7. Explorative u. sonstige	9	9	2	—	2	—	—	—	—	2	—	4	—	7	—
VIIIa. Appendicitis-Operationen:															
1. bei akuter Entzündung:															
a) mit Entfernung des Wurmfortsatzes	108	29	30	6	2	—	—	—	16	11	11	13	15	70	—
b) ohne Entfernung des Wurmfortsatzes	2	—	2	—	—	—	—	—	—	1	—	2	4	14	—
2. während des Intervalls	32	11	10	8	—	—	—	—	6	12	11	22	1	73	—
IX. Repositionen:															
a) von Hernien	8	1	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
b) Paraphimose	3	0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—
X. Entfernung von Fremdkörpern:															
1. Kopf-, Brust- u. Bauchhöhle	7	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2. Auge	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	2	—	—
3. Ohr und Nase	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	—
4. Extremitäten	22	7	1	4	—	—	—	—	1	—	4	—	2	5	7
5. Sonstige	-	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
XI. Punktionen:															
1. Gelenke	15	6	—	1	10	—	—	—	—	—	—	—	—	9	—
2. Brusthöhle (auch Pleurotomie)	22	—	1	—	12	—	—	—	1	1	—	—	1	—	—
3. Bauchhöhle	5	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	2	—	—	—
4. Hydrozele	1	3	—	—	-	—	—	—	2	—	—	1	—	—	—
5. Sonstige	14	—	—	—	—	—	90–100	—	—	—	—	2	6	5	—
XII. Spaltungen:															
1. von Abszessen, Furunkeln etc. (z. T. mit Auslöffelung	427	120	12	15	70	—	5	11	9	14	37	30	69	43	1
2. Fisteln	7	4	1	2	—	—	5	—	4	5	5	—	2	8	—
3. Hydrozele	8	—	—	1	—	—	—	—	—	3	1	1	1	5	—
4. Phimose	17	2	—	1	—	—	—	—	2	—	2	2	—	14	—
5. Sonstige	6	1	2	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	6	—

Noch Tab. II b.

Namen der Krankheiten	Städt. Krankenhaus äussere Abteilung	Heiliggeisthospital äussere Abteilung	Bürgerhospital äussere Abteilung	Israelit. Gemeindehospital	Christsches Kinderhosp.	Neufvillesche Stiftung	Clementine Mädchen-Spital	Carolinum	Frankfurter Verein vom roten Kreuz	Vaterländisch. Frauen-Verein	Diakonissenanstalt	Diakon.- u. Krankenheil-Anst. d. Bethan.-Vereins	Elisab.-Krankenhaus d. barmherz. Schwestern	St. Marienkrankenhaus	Dr. Max Mainzers orthop.-chir. Privatkl.
XIII. Auslöffelung u. Kauterisationen:															
1. von Geschwüren	19	5	—	—	—	—	—	—	3	—	2	2	—	4	—
2. von Geschwülsten	7	5	4	10	—	—	—	—	2	—	16	4	—	10	—
3. von Knochen	38	—	6	4	—	—	6	12	3	—	—	—	—	25	1
4. der Gebärmutter	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
XIV. Nähte oder Unterbindungen:															
1. Weichteile	21	14	3	2	15	—	—	—	1	3	2	1	19	9	—
2. Knochen	5	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	—
3. Sehnen oder Nerven	15	8	—	1	—	—	—	2	—	2	—	—	2	3	—
4. Unterbindungen grosser Gefässe in der Kontinuität (Aneurysma- Venektasien etc.)	9	4	3	—	—	—	—	—	3	—	—	—	1	1	—
XV. Plastische Operationen:															
1. kosmetische	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
2. funktionelle	21	—	—	—	—	—	—	—	—	6	—	—	—	8	—
3. wegen Missbildungen:															
a) Hasenscharten und Wolfsrachen	3	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
b) der Vesiko-Genital-Organe	7	1	—	1	—	—	—	—	—	5	8	—	1	1	—
c. Sonstige	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	2	—	1	—
XVa. Transplantationen	5	4	—	1	2	—	5	—	2	—	5	—	—	1	—
XVI. Nervenresektionen	—	1	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—
XVII. Tenotomien und Myotomien	2	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	5	—	8	90
XVIII. Zahnextraktionen	59	5	3	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
XIX. Operation von Blasensteinen:															
1. mit Eröffnung der Blase	—	—	2	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	1	—
2. Endovesikal	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—
XX. Tracheotomien	6	—	3	1	17	—	—	—	22	1	—	—	—	1	—
XXI. Hämorrhoidaloperationen	8	4	2	6	—	—	—	1	—	9	—	5	—	10	—
XXII. Sonstiges	94	6	6	1	3	—	—	6	—	2	1	155	—	54	—

Tab. III a 1.

Uebersicht

über die in den **Frankfurter Entbindungs-Anstalten** behandelten Personen

vom 1. Januar 1908 bis 31. Dezember 1908.

Kindslage	Städtische Entbindungs-Anstalt							Dr. Christsche u. v. Müllensche Entbindungs-Anstalt							Dr. Neubürgers Entbindungs-Anstalt						
	Verlauf der Entbindung							Verlauf der Entbindung							Verlauf der Entbindung						
	Sa.	Normaler Verlauf	Gestörter Verlauf	Mutter		Kind		Sa.	Normaler Verlauf	Gestörter Verlauf	Mutter		Kind		Sa.	Normaler Verlauf	Gestörter Verlauf	Mutter		Kind	
				lebend	tot	lebend	tot				lebend	tot	lebend	tot				lebend	tot	lebend	tot
1. Hinterhauptlage	747	692	55	743	4	738	9	305	305	—	305	—	296	9	203	202	1	203		193	10
2. Vorderhauptlage	4	4	—	4	—	4	—	2	2	—	2	—	2	—	6	6	—	6	—	6	—
3. Stirnlage . . .	2	1	1	2	—	2	—		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
4. Gesichtslage .	5	5	—	5	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	1	—	1	—
5. Beckenlage . .	25	12	13	25	—	22	3	13	13	—	13	—	10	3	6	6	—	6	—	4	2
6. Querlage . . .	10	—	10	10	—	9	1	7	7	—	7	—	5	2	—	—	—	—	—	—	—
7. Mehrgeburt . .	8	5	3	8	—	14	2	10	5	—	5	—	9	1	—	—	—	—	—	—	—
8. Fehlgeburt . .	35	15	20	35	—	—	35	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Uebersicht

Tab. IIIa 1.

über die in den **Frankfurter Entbindungs-Anstalten** ausgeführten Operationen und Erkrankungen bei Schwangeren und Wöchnerinnen.

vom 1. Januar 1908 bis 31. Dezember 1908.

	Städtische Entbindungs-Anstalt					Dr. Christsche und v. Mühlensche Entbindungs-Anstalt					Dr. Neubürgers Entbindungs-Anstalt				
	Summa	Mutter		Kind		Summa	Mutter		Kind		Summa	Mutter		Kind	
		lebend	tot	lebend	tot		lebend	tot	lebend	tot		lebend	tot	lebend	tot
1. Extraktion	26	26	—	22	4	6	6	—	6	—	—	—	—	—	—
2. Wendung	13	13	—	13	—	8	8	—	7	1	—	—	—	—	—
3. Zange	31	31	—	30	1	4	4	—	4	—	—	—	—	—	—
4 Craniotomie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
5. Einleitung der künstlich. Frühgeburt	5	5	—	4	1	1	1	—	1	—	—	—	—	—	—
6. Sectio caesarea	6	6	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
7. Manuelle Placentarlösung	8	8	—	8	—	1	1	—	1	—	—	—	—	—	—
8. Placenta praevia	11	11	—	9	2	1	1	—	—	1	—	—	—	—	—
9. Eklampsie	14	10	4	10	4	1	1	—	1	—	1	1	—	1	—
10. Puerperalfieber	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
11. Sonstige	15	15	—	12	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Uebersicht

Tab. III a2.

über die in den Frankfurter **gynäkologischen Kliniken** verpflegten Personen.

vom 1. Januar 1908 bis 31. Dezember 1908.

Namen der Krankheiten	Frankfurter Verein vom Roten Kreuz	Diak. u. Krank.-heilanst. des Bethanienver.	Dr. Kallmorgens Frauenklinik
1. (162) a) Krankheiten der Vulva	—	1	1
b) „ „ Vagina und Urethra	16	—	3
c) Vaginalfistel	1	—	—
d) Prolaps der Vagina	9	24	17
2. (163) a) Menstruationsanomalien	10	62	12
b) Parametritis	2	5	1
3. (165, 168) a) Entzündungen des Uterus	72	72	4
b) „ der Ovarien	17	—	12
c) „ „ Tuben	5	10	
4. (166) Metrorrhagia non puerperalis	6	1	2
5. (167) Lageveränderungen des Uterus	22	26	15
6. (170) Uterinschwangerschaft	42	38	8
7. (171) a) Ektopische Schwangerschaft	5	6	3
8. 56 A a *e* und 56 B a u. b) Geschwülste:			
I. Bösartige:			
1. der Vulva und Haut	—	—	—
2. der Vagina	—	18	2
3. des Uterus:			
a) des Cervix	5		5
b) des Corpus	10		2
4. der Ovarien	7	—	2
5. der Tuben	5	—	—
6. der Brüste	5	—	—
II. Gutartige:			
1. der Vulva	—	1	—
2. der Vagina	—	18	—
3. des Uterus:			
a) des Cervix	10		2
b) des Corpus	6		4
4. der Ovarien	10	24	4
5. der Tuben	—		—
6. der Brüste	—		—
9. (11. 172 und 175) Folgekrankheiten der Entbindung einschliesslich der Erkrankungen der Brüste	9	3	1
10. (23) Geschlechtskrankheiten:			
a) Syphilis	1	—	—
b) Tripper	1	27	—
c) Weicher Schanker	—	—	—

Uebersicht

Tab. IIIa 2.

über die in den Frankfurter **gynäkologischen Kliniken** vorgenommenen Operationen vom 1. Januar 1908 bis 31. Dezember 1908.

Namen der Krankheiten	Frankfurter Verein vom roten Kreuz	Vaterländischer Frauen-Verein	Diakonissen- und Krankenheilanstalt des Bethanien-Vereins	Dr. Kallmorgens Frauenklinik	Marienkrankenhaus	Städtische Frauenklinik
I. Laboratomieen.						
A. Wegen Geschwülsten:						
1. des Uterus	31	1	16	6	10	—
2. der Ovarien	17	8	} 24	5	8	—
3. der Tuben	—	—	}	—	—	—
B. Wegen Entzündungen:						
1. des Uterus	2	—	—	—	—	—
2. der Ovarien	—	—	} 3	—	—	—
3. der Tuben	19	4	}	3	4	—
C. Entfernung von Organen aus anderen Gründen:						
1. des Uterus	—	—	—	—	—	—
2. der Ovarien	—	—	—	—	1	—
3. der Tuben	—	—	—	—	—	—
D. Ventrofixation	22	—	1	6	2	—
E. Ektopische Schwangerschaft u. deren Folgezustände	5	2	6	3	2	—
F. Sonstige	13	—	3	4	3	2
II. Vaginale Operationen.						
1. Kolporrhaphie und Perineoplastik	6	14	} 26	13	11	—
2. Prolapsoperationen	14	12	}	4	12	2
3. Fisteloperationen	—	—	—	—	—	—
4. Dehnung oder Spaltung des Cervix	17	5	2	9	6	—
5. Plastische Operationen am Cervix	4	3	—	4	5	—
6. Ausräumung eines Aborts	79	18	13	9	28	12
7. Ausschabung des Uterus	78	28	80	36	71	6
8. Fixation des Uterus	—	7	—	5	10	—
9. Entfernung von submucösen Geschwülsten	1	4	1	4	2	—
10. Entfernung des Uterus	—	4	7	4	9	—
11. Vaginale Koeliotomie	—	2	—	—	2	—
12. Sonstige	—	7	—	7	7	—
II. Sonstige Operationen	17	1	—	9	5	—

Uebersicht

Tab. III b 1.

über die in den Frankfurter **Augenheilanstalten** behandelten Personen.

vom 1. Januar 1908 bis 31. Dezember 1908.

Namen der Krankheiten	Frankfurter Augenheil-anstalt	Dr. Carls Augenklinik
1. (114a u. b) Erkrankungen der Augenlider	1	21
2. (114c Erkrankungen der Bindehaut:		
a. Blennorrhoe der Augen	2	1
b. Conjunctivitis granulosa	—	14
c. Sonstige Conjunctivitis	6	7
3. (114d) Erkrankungen der Lederhaut und der Hornhaut	86	186
4. (114e) Erkrankungen der Regenbogenhaut	5	26
5. (114f) „ der Linse	41	62
6. (114g) „ des Glaskörpers	—	4
7. (114h) „ der Gefässhaut	18	5
8. (114i) Glaukom	14	13
9. (114k) Erkrankungen der Netzhaut	3	10
10. (114l) „ der Sehnerven	3	14
11. (114m) Refraktionsanomalien	—	—
12. (114n) Lähmungen der Augenmuskeln:		
a) muskuläres Schielen	9	37
b) Lähmungen und Krampf der äusseren und inneren Augenmuskeln	—	2
13. (114o) Erkrankungen der Tränenorgane	2	40
14. (56 A, B.) Neubildungen:		
a) bösartige (ausser Gliom):		
1. der äusseren Bedeckungen	—	—
2. bulbäre	1	—
3. retrobulbäre	—	—
Gliom	—	—
b) gutartige	—	7
15. (37 a, e, f, q.) Verletzungen der Augen:		
a) Quetschungen	2	6
b) Wunden	8	28
c) Verbrennungen	12	20
d) Fremdkörper	5	16
16. (59a) Zellgewebsentzündung	2	3
A. Operationen an den Lidern und der Haut.		
1. Ektropion- und Entropionoperationen, Operationen zur Beseitigung von Stellungsanomalien, Verwachsungen u. s. w. (Ptosis), Symblepharon u. a. (Trichiasis)	6	13
2. Ausschälung des Knorpels	—	4

Uebersicht

Tab. IIIb 2.

über die in den Frankfurter **Augenheilanstalten** vorgenommenen Operationen

vom 1. Januar 1908 bis 31. Dezember 1908.

Namen der Krankheiten	Frankfurter Augenheil-anstalt	Dr. Carls Augenklinik
3. Exstirpation des Tränensackes und der Tränendrüse	—	46
4. Exstirpation von Geschwülsten:		
a) von bösartigen	—	—
b) von gutartigen	1	5
5. Durchschneidung der Trigeminusäste	—	—
6. Plastische Operationen zur Deckung von Defekten	—	5
7. Sonstiges	—	16
B. Operationen am Augapfel.		
1. Schieloperationen:		
a) Tenotomie	7	52
b) Operation am Antagonisten des Schielmuskels	2	31
2. Kataraktoperationen:		
a) Diszission	8	10
b) Extraktion:		
mit Iridektomie	21	30
ohne "	4	10
c) einfache Linearextraktion	2	10
d) Nachstaroperation	6	9
3. Iridektomie	24	27
4. Iridotomie	1	1
5. Sklerotomie	12	—
6. Entfernung von Fremdkörpern:		
a) mittels Magnet	3	5
b) sonstige	—	—
7. Entfernung des Augapfels:		
a) durch Enukleation	7	7
b) durch Exenteration	—	3
8. Pterygiumoperation und Tätowierung	2	5
9. Sonstiges	5	18
C. Orbitaloperationen.		
1. Exenteration	—	—
2. Krönleinsche Operation	—	—
3. Punktion der Orbita	—	—
4. Sonstiges	2	—

Tab. IV.

Uebersicht

über die in den **Frankfurter Heilanstalten für Geistes- und Nervenkranke** behandelten Personen, 1908.

	Namen der Krankheiten	Städt. Irrenanstalt		Dr. Rosenbaums Sanat. u. Wasserheilanstalt für israel. Nervenkranke	
		Behandelt	Gestorben	Behandelt	Gestorben
	I. Einfache erworbene Psychosen.				
1	Zwangsvorstellungen	—	—	4	—
2	Neurasthenie	20	—	1	—
3	Melancholie	22	2	7	2
4	Manie	—	—	2	1
5	Manisch-depressives Irresein	60	1	—	—
6	Erschöpfungspsychose	3	1	—	—
7	Katatonie	140	1	3	—
8	Hebephrenie	120	2	2	—
9	Dementia praecox	80	4	3	—
10	Chronische Verrücktheit	8	4	4	—
11	Kinderpsychose	—	—	—	—
	II. Konstitutionelle u. angeborene Psychosen.				
1	Erbl. degenerative Seelenstörung	15	1	—	—
2	Einfache Imbecillität	33	—	3	—
3	Associative Imbecillität	27	—	—	—
4	Idiotie	7	—	2	—
	III. Epileptisch-hysterische Formen.				
1	Einfache Epilepsie	45	—	—	—
2	Epilepsie bei Imbecillität oder Idiotie	32	2	—	—
3	Epilepsie mit Demenz	112	1	—	—
4	Epileptisches Irresein	3	—	2	—
5	Einfache Hysterie	18	1	—	—
6	Hysterisches Irresein	40	1	2	—
7	Gefängnispsychose	14	—	—	—
	IV. Alkohol- u. andere Intoxaions-Psychosen.				
1	Akuter Alkoholismus	23	—	—	—
2	Pathologischer Rausch	17	—	—	—
3	Delirium tremens	67	7	—	—
4	Akuter hallucinatorischer Alkoholwahnsinn	5	1	—	—

Noch Tab. IV.

	Namen der Krankheiten	Städt. Irren-Anstalt Behandelt	Städt. Irren-Anstalt Gestorben	Dr. Rosenbaums Sanat. u. Wasserheilanstalt für israel. Nervenkranke Behandelt	Dr. Rosenbaums Sanat. u. Wasserheilanstalt für israel. Nervenkranke Gestorben
5	Chronischer Alkoholismus	260	—	—	—
6	„ „ bei Imbecillität	25	—	—	—
7	Alkoholepilepsie	170	—	—	—
8	Morphinismus	1	—	—	—
9	Begleitdelirien:				
	a) bei fieberhaften Krankheiten .	10	6	—	—
	b) bei Urämie, Karzinomkachexie etc.	6	2	—	—
	V. Psychosen bei organischen Hirnkrankheiten.				
1	Dementia paralytica	119	28	1	1
2	„ aterioskleroticа	67	13	—	—
3	„ postapoplectica	16	5	—	—
4	„ senilis	53	18	—	—
5	Psychosen bei sonstigen organischen Hirnerkrankungen	22	3	—	—

Vierter Teil.

Bericht über die Tätigkeit der wissenschaftlichen Institute im Jahre 1908.

Bericht über die Tätigkeit des Dr. Senckenbergischen pathologischen anatomischen Instituts für das Jahr 1908.

Das Jahr 1908 brachte dem Senckenbergischen Pathologischen Institut einen schweren Verlust: Der Direktor des Instituts, Prof. Dr. Eugen Albrecht, schied unerwartet am 18. Juni 1908 aus dem Leben.

Die Leitung des Instituts übernahm vertretungsweise der I. Assistent, Herr Dr. Jacobsthal, nach dessen Ausscheiden am 1. Juli 1908 Herr Dr. Edgar Goldschmid. Am 1. November 1908 trat der von der Administration der Dr. Senckenbergischen Stiftung neu gewählte Direktor, Prof. Dr. Bernh. Fischer, bisher Privatdozent an der Universität Bonn und Prosektor am Augusta-Hospital zu Cöln sein Amt an.

Als Assistenten bezw. Volontärassistenten waren im Laufe des Jahres tätig: Dr. Jacobsthal, Dr. E. Goldschmid, Dr. Eppenstein, Oberarzt Dr. Betke (kommandiert zum Institut), Dr. Mühlberger, Dr. Conradi, Dr. Lennhoff, Dr. Walder. Als Medizinal-Praktikanten: Herren Jacobi, Levy, Walder, Beer.

Vom 1. Januar bis 31. Dezember 1908 wurden 1230 Sektionen nebst ungefähr 70 Sektionen von Totgeborenen im ganzen also 1300 Sektionen ausgeführt (gegen 1102 im Vorjahr). Ferner wurden 1283 Untersuchungen erledigt (gegen 1504 im Vorjahr).

Eine Reihe auswärtiger und einheimischer Herren arbeiteten im Institut. Während der Ferien waren eine Anzahl Studenten zu ihrer weiteren Ausbildung im Institut tätig.

In den Sitzungen des ärztlichen Vereins fanden regelmässig Demonstrationen statt.

Prof. Dr. B. Fischer.

Bericht über das Neurologische Institut.

Das neurologische Institut hat in den neuen Räumen der Anatomie, welche ihm die Senckenbergische Stiftung gewährt hat, eine beträchtliche Ausbildung erfahren. Die neu gegründete Stelle eines Vorstehers der pathologischen Abteilung wurde von Herrn Professor Dr. H. Vogt, die der anatomischen Abteilung von Herrn Dr. Ariens-Kappers, und nach dessen Berufung nach Amsterdam von Herrn Dr. Paul Röthig versehen. Fräulein Paula Meyer-Derenburg wurde zur Assistentin ernannt. Daneben wirkten noch drei technische Hilfskräfte. Die 8 Räume des neuen Instituts wurden mit Instrumenten etc. reichlich ausgestattet, ausserdem haben sich die vorhandenen Sammlungen, die jetzt endlich Platz fanden, sehr ausgedehnt. Aus der hiesigen Anatomie, aus zoologischen Gärten und zoologischen Stationen kam sehr viel normales Material ein, aus zahlreichen Krankenhäusern und Irrenanstalten hier und vielen auswärtigen Städten kamen uns im ganzen 195. Sendungen pathologischen Materials zu. Ueber 73 konnte bereits Auskunft erteilt werden. Sehr vieles wurde nur für die Sammlung reserviert. Bei diesem Material handelt es sich um folgende Fälle:

Neuropathologisches	30	Fälle
Psychosen	24	„
Idiotie	60	„
Missbildungen	6	„
Embryolog. Material	6	„
Tumoren d. Zentralnervensystems	13	„
Zentralnervensystem bei schweren körperl. und allgemein. Leiden	22	„
Lues u. Tuberkulose d. Zentralnervensyst.	14	„
Exp. Material u. Tierpathol.	17	„
Anthropologisches	2	„
Künstlergehirn	1	„

Das Institut wurde benutzt von 9 Herren aus Deutschland, von 2 aus Italien 1 aus Amerika, ausserdem von einer Anzahl Studenten. Eine Anzahl Arbeiten sind aus demselben hervorgegangen und zum Teil bereits gedruckt. 2 Kurse wurden im Laufe des Jahres abgehalten.

Edinger.

Fünfter Teil.

Aerztliches Fortbildungswesen.

Auch in diesem Jahre wurde die geschäftliche Leitung, ebenso wie in früheren Jahren, vom Ortsausschusse geführt.

Demselben gehören an: Der Oberbürgermeister Dr. Adickes als Vorsitzender, der Stadtarzt, Sanitätsrat Dr. Koenig als Schriftführer, Geh. Ober-Med.-Rat Professor Dr. Ehrlich, Professor Dr. Edinger, Professor Dr. Rehn, Professor Dr. Sioli, Professor Dr. Fischer, Geh. Rat Dr. de Bary, San.-Rat Dr. Roediger, Professor Dr. Knoblauch, Professor Dr. Herxheimer und San.-Rat Dr. Laquer.

Es wurden 17 Vorträge, gegen 14 im Vorjahre, und zwar über folgende Themata gehalten:

1. Professor Dr. Neisser: Heutiger Stand der Aetiologie und Prophylaxe der Tuberkulose.
2. Professor Dr. Ruppel: Tuberkulin und Tuberkulose-Präparate.
3. Professor Dr. Herxheimer: Heutiger Stand der Therapie des Lupus (Demonstr.)
4. Dr. Bingel: Frühdiagnose der Tuberkulose nebst Bemerkungen über die Einweisung in Lungenheilstätten.
5. Professor Dr. Treupel: Therapie der Lungentuberkulose.
6. Direkt. Dr. v. Mettenheimer: Die Prognose der Tuberkulose im Kindesalter.
7. Professor Dr. Knoblauch: Tuberkulose des zentralen Nervensystems.
8. Professor Dr. Edinger: Tuberkulose und peripherische Nerven.

9. Professor Dr. Sioli: Geisteskrankheiten im Verlauf der Tuberkulose.
10. Professor Dr. Fischer: Eintrittspforten der Tuberkulose.
11. Professor Dr. Rehn: Chirurgische Behandlung der Tuberkulose.
12. Geh. Rat Dr. Vömel: Tuberkulose und Gravidität.
13. Professor Dr. Walthardt: Ueber die Tuberkulose der weiblichen Genitalien.
14. Dr. Brodnitz: Tuberkulose als Unfallfolge.
15. Professor Dr. Spiess: Tuberkulose der oberen Luftwege.
16. Professor Dr. Voss: Tuberkulose des Ohres.
17. Dr. Schnaudigl: Tuberkulose der Augen.

Es besuchten:

48	Aerzte	1	Vortrag
11	„	2	Vorträge
14	„	3	„
21	„	4	„
10	„	5	„
9	„	6	„
14	„	7	„
10	„	8	„
8	„	9	„
11	„	10	„
4	„	11	„
3	„	12	„
3	„	13	„
2	„	14	„
1	Arzt	15	„
1	„	16	„

Abrechnung.

a) Einnahmen:

1. Kassenbestand aus dem Vorjahre	M.	1509.13
2. Beiträge	„	348.—
	Sa. M.	1857.13

b) Ausgaben:

1. Verschiedene, laut Buch	M.	1421.61
2. Baarbestand	„	35.43
3. Sparkassenbestand	„	100.09
	Sa. M.	1857.13